

Radesykens tilblivelse

Historien om en sykdom

Anne Kveim Lie

Lvert som avhandling for graden dr.med.

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Universitetet i Oslo

2007

© Anne Kveim Lie, 2008

*Doktoravhandlingar forsvart ved
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
No. 606*

ISBN 978-82-8072-459-5

Det må ikke kopieres fra denne boka i strid med åndsverkloven eller med avtaler om kopiering inngått med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Omslag: Inger Sandved Anfinsen.
Trykk og innbinding: AiT e-dit AS, Oslo, 2008.

Produsert i samarbeid med Unipub AS, Oslo.
Avhandlingen blir kun produsert av Unipub AS i forbindelse med disputas.
Alle henvendelser vedrørende avhandlingen skal rettes til rettighetshaver eller enheten der doktorgrad er forsvart.

*Unipub AS er et heleid datterselskap av
Akademika AS, som eies av Studentsamskipnaden i Oslo.*

INNHALDSFORTEGNELSE

INTRODUKSJON **7**

- 1. HVA ER EN SYKDOMS HISTORIE, OG HVORDAN SKRIVE DEN?** **11**
- 2. TIDLIGERE HISTORIER OM RADESYKEN** **24**

PROLOG: OPPRINNELSE **30**

- 1. FORTELLINGER OM BEGREPETS OPPRINNELSE** **31**
- 2. SYKDOMMENS OPPRINNELSESHISTORIER** **38**
 - 2.1. DET RUSSISKE ORLOGSSKIPET 41
 - 2.2. ALTERNATIVE SAMTIDIGE FORTELLINGER OM RADESYKENS OPPRINNELSE 44
 - 2.3. DE FREMMEDE 55
 - 2.4. MORALSKE UNIVERS 58
 - 2.5. AVSLUTNING: OPPRINNELSESHISTORIENES FUNKSJON 60
- 3. KONKLUSJON** **67**

DEL I **69**

- 1. DEN MEDISINSKE OPPLYSNING** **70**
 - 1.2. RADESYKEVERKENE SOM DEN NORSKE MEDISINSKE OPPLYSNING 73
 - 1.3. PRESENTASJON AV VERKENE 79
 - 1.4. SKJØRBUK, SPEDALSKHET, VENERISK SYKDOM 84
- 2. NOSOLOGIEN** **88**
 - 2.1. RADESYKEN I DET NOSOLOGISKE SKJEMA 96
- 3. TILFÆLDE OG KIENDETEGN** **102**
 - 3.1. RADESYKEN SOM ET SETT AV KIENNETEGN 106
 - 3.2. DEN MEDISINSKE SEMIOTIKK SOM GRUNNLAG FOR MEDISINSK PRAKSIS. 114
 - 3.3. KONKLUDERENDE BETRAKTNINGER 128
- 4. RADESYKEN SOM ET SETT MED ÅRSAKER** **130**
 - 4.1. RADESYKENS PROKSIMALE ÅRSAKER. 136
 - 4.2. RADESYKENS SAMMENVIRKENDE ÅRSAKER 140
 - 4.3. AVSLUTTENDE MERKNADER 154
- 5. RADESYKENS BEHANDLING** **155**
 - 5.1. DIETETIKK, ÅRELATNING OG BAD 163
 - 5.2. MATERIA MEDICA 170
 - 5.3. KONKLUDERENDE BETRAKTNINGER 188
- 6. RADESYKENS FOREBYGGING** **189**
- 7. KJØNN I RADESYKETEKSTENE** **194**
- 8. Å NAVNGI EN SYKDOM** **195**
- 9. DEN NORSKE RADESYKEN** **204**

EKSKURS: HVA VAR RADESYKEN – EGENTLIG? **209**

- 1. MATERIALE OG METODE** **210**
- 2. RESULTATER** **211**
 - 2.1. SYMPTOMER. 211
 - 2.2. FORLØP 213
 - 2.3. EPIDEMIOLOGI. 214
 - 2.4. SMITTEFORHOLD 216

3. DISKUSJON	217
3.1 SYFILIS	219
3.2 NON-VENERISKE TREPONEMATOSER	220
3.3 LEPRA	221
3.4. TUBERKULOSE	222
3.5. SKJØRBUK OG ANNEN KOSTHOLDSRELATERT PATOGENESE	222
3.6. MYKOTOKSIKOSE	223
3.7. EN ELLER FLERE SYKDOMMER?	223
4. KONKLUSJON	225
 DEL II	 227
 1. BAKGRUNN	 230
1.1. FATTIGDOMSSPØRSMÅLET	230
1.2. BEFOLKNINGSSPØRSMÅLET	238
2. RADESYKEN FORMULERES SOM PROBLEM FOR STYRESMAKTENE	243
2.1. INNLEDENDE FORHANDLINGER: LANDAPOTEK, SYKESTUER ELLER KARTLEGGING	245
2.2. RESOLUSJONENE: AMBULATORISKE KIRURGER ELLER SYKEHUS?	251
2.3. MEDISIN OG POLITIKK I KONFLIKT	253
2.4. FORHANDLINGENE FORTSETTER: SPØRSMÅLET OM DE AMBULATORISKE LEGENE	260
3. RADESYKEHUSENE	266
3.1. SYKEHUSENE I DEN INTERNASJONALE DEBATT	267
3.2. SYKEHUSENES OPPRETTELSE	270
3.3. MEDISINSKE ARENAER?	274
3.4. ÅSTED FOR KUNNSKAP?	282
3.5. RADESYKEHUSENES FREMVEKST: FRA HOSPITAL TIL SYKEHUS?	286
4. RADESYKEN TRANSPORTERES TIL KØBENHAVN	290
4.1. BETYDNINGEN AV HENDELSEN	292
4.2. TRUSSEL OM TVANGSMIDLER	295
4.3. KØBENHAVNS RADESYKE: EN RAPPORT	297
4.4. PRODUKSJON AV RADESYKE UNDER ABSOLUTISMENS SYNSVINKEL.	299
 EPILOG	 302
 AVSLUTNING	 314
 LITTERATUR OG KILDEMATERIALE	 319

Forord

Denne avhandlingen har hatt mange hjelpere underveis. Uten all den generøse støtten jeg har mottatt hadde den ikke kommet i mål. Først og fremst må jeg takke Norges Forskningsråd, som gav meg midler i 3 år, og det medisinske fakultet som gav meg ytterligere et halvt. Hele tiden mens jeg har arbeidet med avhandlingen har jeg hatt fint kontor på institutt for allmennmedisin, som også finansierte et ekstra halvår på tampen. Det har vært et godt sted å være. Takk spesielt til bestyrer Dag Bruusgaard – det har vært godt å vite at du var der. I størsteparten av avhandlingsperioden har jeg tilhørt seksjon for arbeids- og trygdemedisin, som består av velvillige, snille og ikke minst tålmodige mennesker, takk for at jeg har fått være sammen med dere. Seksjonen har, ved seksjonsleder Gunnar Tellnes, generøst latt meg beholde kontoret selv om det gikk lovlig langt over tiden. Den lille gruppen for medisinsk historie har utgjort min nærmeste ramme. Takk til Øivind Larsen som har vært veileder, du har sannelig vært tålmodig. Aina Schiøtz fulgte prosjektet fra starten og har vært en uvurderlig moralsk støtte samtidig som hun har lest og kommentert deler av manus. Du må komme tilbake fra Bergen, Aina! Christoph Gradmann kom som et forfriskende pust til vår lille gruppe i fjor. Det har vært fint å snakke om dine superbugs når radesyken har gått meg på nervene! Du skulle ha kommet før.

Sosialantropolog Anne-Lise Middelthun her på instituttet var den som dro meg opp fra mørket da prosessen gikk helt i stå for noen år siden. Siden har hun alltid sett det når jeg trengte henne, og i tillegg har hun lest og kommentert på avgjørende steder i avhandlingen. Jeg hadde nok ikke kommet hit uten henne. Takk også til Per Kristian Hilden for støtte og fine samtaler – jeg kommer til å savne hverdagen med dere. Resten av gjengen ved seksjon for medisinsk antropologi har kommet med nyttig respons på mine innlegg. Seksjonens regelmessige ”Grimen-timer” har dertil gjort det faglige liv på instituttet utfordrende og viktig. Tusen takk til Harald Grimen også for lesing og kommentering av de innledende avsnitt nå helt på tampen. Jeg skulle ha tatt imot tilbudene fra deg før! Bibliotekarene ved det nå nedlagte instituttbiblioteket hos oss har båret seg skakke på de merkeligste bøker, strukket seg i det lengste med vanskelige bestillinger og båret over med meg til tross for et uendelig antall purringer og utilgivelig sløvheter fra min side. Det er trist at dere ikke er her mer.

Et halvt år var jeg ved Institut für Geschichte der Medizin ved Freie Universität i Berlin. Takk til alle der, men spesielt til Philip Osten, Johanna Bleker, Ulrike Thoms og Volker Hess. De holdt ut med min stotrende tysk og kom med vesentlige innspill om radesyken i denne tidlige fasen. For meg som kom fra den bittelille gruppen for

medisinhistorie i Oslo var det fascinerende å være en del av et større fagmiljø, med ukentlige, relevante seminarer og ikke minst et stort eget bibliotek.

Når jeg omsider kom i gang med skriveingen, skyldtes det Brita Brenna og Kristin Asdal, som fikk meg til å tro på at noen faktisk ville være interessert i dette stoffet. Takk for at jeg fikk ha dere som ideell målgruppe! I ulike faser av prosessen har de også lest. Kristin har fulgt meg tett, og lest og kommentert store deler av manus i flere omganger til tross for at hun har hatt ekstremt mye å gjøre selv. Tusen, tusen takk for alle fine innspill. Dertil har de arrangert spennende seminarer på TIK-senteret som har gitt meg vesentlig input. Uten det fantastiske stipendiatseminaret med Bruno Latour, som jeg deltok på i begynnelsen av dette prosjektet, ville den foreliggende avhandling sett helt annerledes ut, selv om den ikke ble en ANT-studie.

Takkes må også Espen Schaanning, som har fungert som biveileder. Han har lest og kommentert, men jeg skulle hatt mot til å bruke ham mer.

Avhandlingsarbeidet ville blitt mye mindre morsomt uten gjengen av medisinhistorikere som har gitt meg mye sosial og faglig glede på seminarer i innland og utland. En spesiell takk til Lise Kvande, Siv Frøydis Berg, Olav Hamran, Svein Atle Skålevåg, Teemu Ryyvin og Ole Moseng – det har vært så fint å være på tur med dere. Olav og Lise har lest og kommentert i tidligere faser, Ole viste tålmodighet med et svært uferdig manus nå i vår, mens Svein Atle ble utnyttet på det groveste og gav meg uvurderlig respons i en periode hvor jeg var i ferd med å putte hele avhandlingen i skuffen. Mange gode innspill har jeg fått ved internasjonale konferanser. En spesiell takk til medisinhistorikerne Thomas Söderqvist i København, Anne Hardy i London og Vicent Barras i Lausanne, som ved flere anledninger har gitt meg nye perspektiver på radesyken.

To andre miljøer utenfor medisinhistorien har gjort det faglige liv spennende og utfordrende underveis i avhandlingsarbeidet. Infectio-prosjektet om medisin og litteratur ble jeg knyttet til våren 2003. Drude von der Fehr, Jan Frich, Mikkel Astrup, Hilde Bondevik og Knut Stene-Johansen – det har vært fint å jobbe sammen med dere, takk til Knut som har drevet entusiastisk prosjektledelse, nå skal jeg komme sterkere tilbake! Hilde fortjener en spesiell takk – for godt samarbeid med forelesningsserien og hyggelige og inspirerende samtaler over en kaffe om ymse medisinhistoriske temaer. Fra 2005 har jeg vært med i redaksjonen i Nytt Norsk Tidsskrift. Redaksjonsmøtene har jeg gledet meg til hver gang, de er en lang rekke morsomme diskusjoner, preget av intellektuell åpenhet og stadige overraskelser. Å få bli medlem av den redaksjonen har føltes som en gave. Tusen takk til Cathrine Holst, Eirinn Larsen, Tore Rem, Francis Sejersted, Rune Slagstad, Fredrik Thue, og Øyvind Østerud.

Selv i perioder når avhandlingsselvilliten har vært helt på bunn har dere greid å få meg til å føle meg flink.

Takk også til korrekturleser Agnete Øye, som gjorde en enorm jobb med å lese korrektur på en tid der jeg trodde jeg skulle levere. Du hadde helt rett i at manuset fortjente en runde til. Stig Oppedal må takkes for hjelp med latinen.

Familie og venner har bidratt med uvurderlig støtte og hjelp. Kristin Gjesdal har hele tiden støttet meg fra sidelinjen, men i sommer tro hun til da alt holdt på å ramle sammen og brukte sommerferien sin på å lese, kommentere og språkvaske hele manus. Jeg kan ikke få takket deg nok. Jeg må ha verdens beste familie. Mamma og pappa, Kari og Sverre Lie, har stilt opp som barnevakt i tide og utide, og som om det ikke var nok har de også lest og kommentert, ved siden av å lese korrektur i sluttfasen. Mange, mange timer har gått med for dere, og aller mest for deg mamma, det er bra det er over nå. Min historikerbror Bjarne Lie steppet inn som coach i en avgjørende fase, og har kommet med svært viktige innspill over en lengre periode, i tillegg til å lese korrektur nå i sluttfasen. Tusen takk for all hjelp, også til Audgunn som tidvis også har trådt til. Hele den øvrige familien, både min og Helges, har bidratt med emosjonell støtte og uvurdelig barnevakt. En spesiell takk til min svigerfar Odd Jordheim for at du holder interessen for medisinsk historie levende selv om du har nok av andre utfordringer. Min beste venn Maria Kielland Krag har fungert som min søppelkontainer. Takk for at du har lyttet til mine frustrasjoner, og alltid er der for meg. Takk også til alle andre gode venner som blir for mange å nevne ved navn, men som har stått last og brast med oss gjennom denne perioden. Erling Sandmo må dog nevnes helt spesielt som leser i et tidlig stadium og som verdens beste hurraroper pr sms.

Til slutt, og viktigst: min nærmeste familie har vært gjennom et hårreisende prosjekt, nemlig å følge meg inn mot mål. Tusen takk til Maria og Ansgar for all den fantastiske motvekt dere har tilbudt – alle historier dere har fortalt, all moro vi har hatt, all tålmodighet dere har utvist med en ofte fraværende mor. Dere har fungert som en konstant påminnelse om at avhandlingen ikke er ”sjølve livet”. Helge, uten deg hadde dette aldri blitt noen avhandling. Du har i lange perioder etter at du leverte din egen avhandling gitt meg fullstendig fritt spillerom, tatt alt ansvar hjemme, ved siden av å fungere som psykoterapeut. Som om ikke det var nok, har du i tillegg gitt meg vesentlige innspill til avhandlingen gjennom hele prosessen, lest og kommentert og hatt en helt sentral rolle. Hva du har måttet tåle. Nå skal det igjen bli din tur!

Introduksjon

Selv den Tyrkerne nu saa meget ydmygende og ødeleggende Pest synes at indføre en slags Mildhed fremfor den forskrekkelige RadeSyge, Thi hin gjør kort Process, og strax leverer Døden et Bytte efter andet, men denne piiner langsam, døder seent og daglig og ufødte Slægter, og vanskaber veldannede Legemer.¹

I juni 1781 fikk legen Nicolay Arbo i Strømsø et brev fra en kammerråd i Telemark.² Kammerråden ba Arbo om å forbarme seg over to fattige, ugifte bønder, som han hadde truffet i en ”meget elendig og beklagelsesværdig Tilstand”. Begge var etter lang tids opphold i hospitalet blitt utskrevet som uhelbredelige,³ og nå oppholdt de seg alene i en liten bondehytte, ”ganske udelukte fra det menneskelige Selskab”. Isolasjonen var forårsaket av at alle ”vogtede sig for at komme dem nær, af Frygt for at blive besmittet”. Kammerråden hadde fått medynk med disse to ulykkelige og hjelpeløse menneskene, og deres aldeles ”ynkelige Skiebne” hadde foranlediget hans henvendelse til legen. Den ene, ved navn Hans, var 36 år gammel. Han hadde allerede for fem år siden blitt noe svakelig, men først etter et par år ”yttret” svakheten seg med sår i halsen og i og under nesen. Han fikk behandling, men sykdommen tiltok inntil hele den nedre nesebrusk og det meste av overleppen var ”ganske fortæret”. Derfor ”saae [han] meget hæsselig ud”, men var for øvrig ved ganske god helbred. Den andre het John og var 30 år gammel. Hos ham begynte sykdommen tre år tidligere med sår i halsen og tap av drøvelen. Ikke lenge etter hadde han blitt angrepet av en ”Brystsvaghed”, og ble så tungpusten at det var vanskelig å få frem ordene. Dette sammen med en tiltakende heshet forårsaket en uttale som var nesten umulig å forstå. Ansiktsfargen var elendig, blek og gulaktig. Kammerråden ba legen om hans vurdering, og tilføyde at han selv ville betale de nødvendige medisiner. Arbo undersøkte pasientene, og fant at ”disse fattige Syges Helbredelse var meget uvis”, men at han likevel ville forsøke. Dersom kammerherren ville ta seg av de sykes nødvendige pleie, oppvarming og riktig bruk av medisiner, ville Arbo selv besørge kuren. Til Hans forordnet han blodrensende piller og dråper til innvendig bruk. John fikk etiopiske piller, et dekokt av sarsaparillerot og sassafras, samt kinabark og enebær. Behandlingen hadde en frapperende effekt, ifølge Arbo. Allerede

¹ Rasmus Peter Langhorn i brev til radesykekommissjonen 4.11.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

² Historien som følger er referert av Nicolay Arbo selv i hans avhandling om radesyken. Se Nicolaus Arbo, *Afhandling om Radesygen eller Salt-Flod* (Kjøbenhavn: C.L. Buchs Forlag, 1792).

³ Hospitalet som her er omtalt er sannsynligvis radesykehuset i Bratsberg.

etter to måneder ”vare de begge i alle Maader lykkelig kurerede” og var i stand til å ta fatt på sitt vanlige arbeide, og ikke minst ”derved paa ny indlemmede i det menneskelige Selskab”.

Mot slutten av 1700-tallet hadde Norge ikke sitt eget universitet, landet var ennå ingen selvstendig nasjon, men vi hadde vår egen sykdom, nemlig radesyken. ”Den norske radesyken” ble den kalt på 1700-tallet, og historien jeg har referert til ovenfor, er om to av dens ofre. Den berører mange av de temaer som vil stå sentralt i denne avhandlingen om radesyken i Norge. Ett tema er de rammede pasientene som i all hovedsak tilhører samfunnets laveste sjikt, et annet er styresmaktene som er bekymret og iverksetter tiltak. Deres bekymring er ikke entydig preget av medynk, men er i like stor grad båret av en interesse for statens nytte og befolkningen som ressurs for staten – ikke tilfeldig er det de rehabiliteres restituerte arbeidsevne som mest av alt påkaller fortellerens jubel. Historien om Hans og John løfter også frem legen, som på denne tiden tar sine første famlende skritt henimot en rolle som ekspert på helse og sykdom i befolkningen, både i egne og andres øyne. Legeeksperten blir en viktig figur i myndighetenes stadig mer omfattende arbeid med å tilbakeføre de syke til samfunnet som friske, arbeidsføre og nyttige samfunnsmedlemmer. Leger som Arbo spiller for første gang også en rolle i initiering og drift av det som i økende grad blir medisinske institusjoner. Et eksempel her er sykehuset i Bratsberg, som sannsynligvis er det hospital som Hans og John ble skrevet ut fra. Dette sykehuset var det andre i en serie på fire sykehus som ble etablert i Kristiansand stift på 1770-tallet, de første sykehus i Norge med en ren kurativ intensjon. Dertil befinner historien om John og Hans seg i et verk som tilhører den såkalte radesykelitteraturen, som jeg skal gå grundig inn på i denne avhandlingen. I seg selv utgjør denne litteraturen en ny sjanger: den medisinske opplysning. Til Norge kommer den først og fremst ved hjelp av radesyken. Dertil ble radesyken etter hvert tema for flere doktoravhandlinger og tekster av mer akademisk art. Frederik Holsts avhandling, den første doktoravhandling på det nye universitetet i Christiania, var viet radesyken.

Historien om John og Hans dreier seg også om en annen type virkelighet, nemlig sårene, de store, fæle sårene som har gitt sykdommen sitt navn: den rada eller onde, slemme, stygge sykdom. Sårene beskrives som aktive, ødeleggende og fortærende: ”Om sig ætende”, er uttrykket som blir brukt i samtiden. De angriper kroppene, i særlig grad ansiktet, graver seg inn til benet, og etterlater seg innsunkne neser og legemer i forråtnelse. Disse kroppenes forfatning ble i samtiden formulert som en nær-døden-tilstand. I sin redegjørelse for hvorfor staten skal håndtere radesyken, sier legen Rasmus Frankenau at sykdommen etterlater sine ofre som ”levende Aadsler”, som sniker seg rundt som ”Skrækkebilleder for deres

Medmennesker.”⁴ ”Overmaade spectaculeuse og miserable som Dødens virkelige fanger” er presten Andreas Fayes beskrivelse av dem.⁵

Måten jeg vil betrakte og behandle dette fenomenet på, er som et nettverk av relasjoner. Relasjoner mellom fenomener som sykdommens grufulle fremtoning, myndighetenes håndtering av den, sykehusenes konstruksjon, de forordnede medisiner, legene som eksperter, eksisterende viten og den kunnskap som etableres. Til sammen konstituerer disse relasjonene, slik de oppstår og virker i radesykens tidlige fase, objektet for denne avhandlingen.

Avhandlingen er inndelt i to hovedbolker, med en innledende prolog og en avsluttende epilog. Prologen vil undersøke de mange ulike historier som verserte om radesykens opprinnelse. Den vil ikke fokusere på disse fortellingenes referanse, men undersøke hva disse historiene gjorde med radesyken som fenomen – og hvordan. Det som vil stå i sentrum for undersøkelsen, er hvordan radesyken formes som objekt i og gjennom disse historiene, i dens samtid og ettertid.

I avhandlingens første hovedbolk vil jeg ta for meg hvordan radesyken kom til i den opplysningsorienterte diskursen. På 1700-tallet ble det utgitt en rekke avhandlinger om sykdommen, de fleste på morsmålet, rettet mot allmuen på landsbygda eller allmuens åndelige veiledere, prestene. Disse tekstene var i stor grad politiske verktøy som skulle intervenere lokalt, der sykdommen herjet. Men de etablerte også andre forbindelser. For at de skulle virke på landsbygda, måtte de være *medisinske* om de enn aldri så mye var presentert for allmuen i et presumptivt folkelig språk. De måtte med andre ord representere gyldig kunnskap. Radesyken var en ny sykdom, den fantes ikke i de medisinske oppslagsverk. Denne delen av avhandlingen undersøker hvordan radesyken etableres som medisinsk objekt. Nærmere bestemt vil jeg fokusere på hvilke forbindelser som knyttes til samtidens medisinske litteratur, og hvordan disse forbindelsene nedfeller seg i teoriene om radesyken. Spørsmålet som vil bli søkt besvart, er hva radesyken var – for dem som forholdt seg til sykdommen i samtiden. Ambisjonen vil hele tiden være en grunnleggende historisering av radesykelitteraturens hovedtemaer, i særlig grad dens årsaker, kjennetegn og behandling.

Etter del I følger en liten ekskurs, og dette ordet er ment bokstavelig: Det er en tekst som går ut av kurs. Den er ute av kurs fordi det grunnleggende premiss om en gjennomgående

⁴ Rasmus Frankenau, *Det offentlige Sundhedspolitie under en oplyst Regiering: især med Hensyn paa de danske Stater og deres Hovedstad: en Haandbog for Øvrigheder og Borgere* (København: Poulsen, 1801), s. 78.

⁵ Andreas Faye til radesykekommissjonen 10.10.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

historisering her blir forlatt. I ekskursen forsøker jeg å beskrive hva radesyken ”egentlig” var, hvordan den ville ha fortonet seg for en lege av i dag, som medisinsk problem. Her er radesyken strippet for alle relasjoner til mennesker, sykehusbygg og politikk, her står radesyken helt alene ovenfor en betrakter fra 2007. Hva gjør dette med radesyken? Forhåpentligvis viser ekskursen mest av alt hvor vanskelig det er å stille slike spørsmål til fortidige sykdommer.

I del II kommer radesyken tilbake igjen som historisk objekt, men nå skal det fokuseres på de andre relasjonene radesyken inntreffer i: Relasjoner til lokale embetsmenn og betalingsu villig allmue, til fattigdomspolitik og sykehusbygg, til kvikksølv og fremmede leger, til kvakksalvere og kloke koner. Et av spørsmålene vil være: Hvordan kom radesyken til som et objekt som kunne manipuleres av myndighetene? Her vil det være 1770-årene som står sentralt, fordi det er i dette tiåret tilblivelsen av radesyke som manipulerbart objekt først finner sted – noe som gir anledning til det man må kunne kalle en massiv innsats i den tids målestokk. Radesyken avstedkom en rekke nye legestillinger og flere institusjoner av en type vi ikke tidligere hadde sett i Norge: de kurative sykehusene.

Denne avhandlingen konsentrerer seg om den tidlige perioden i radesykens æra, men i epilogen trekkes noen tråder fremover til avslutningen av epoken. I epilogen er det radesyken som vitenskapelig objekt som står i fokus. Gjennom en undersøkelse av noen få, men sentrale tekster fra 1800-tallet og deres relasjon til samtidens endrede kunnskapsregime, vil jeg antyde hvordan radesyken i stigende grad blir oppfattet som et irrelevant objekt, et objekt som tilhørte kunnskapens forlatte stadium.

Så noen ord til slutt om denne avhandlingens grenser. Av pragmatiske grunner har jeg begrenset undersøkelsen til å gjelde Kristiansand stift, og jeg har konsentrert meg om radesykens tidlige fase. Årsaken til at Kristiansand stift er valgt, er at dette stiftet, i det minste ved undersøkelsestidspunktet, var det stiftet der sykdommen herjet aller verst, der de første legene ble sendt, og der de første radesykehusene ble etablert. Det gjør det til et naturlig utgangspunkt. Dernest skal det understrekes at en betydelig stemme dessverre vil glimre med sitt fravær i hele avhandlingen, og det er pasientenes. Dette er i all hovedsak et kildeproblem; jeg har ikke funnet en eneste pasientberetning fra 1700-tallet i norske arkiver. Radesyken var en allmuesykdom, og allmuen hadde ikke for vane å skrive ned sine sykdomserfaringer, slik mer velstående pasienter gjorde.⁶ Avhandlingen er heller ikke en sosialhistorisk undersøkelse,

⁶ For Roy Porters program for en medisinhistorie som en “history from below”, fra pasientens ståsted, se Roy Porter, “The patient's view: Doing medical history from below,” *Theory and Society* 14, no. 2 (1985): 175-98. Pasientene Porter velger, både her og andre steder, er imidlertid nærmest uten unntak velbeslåtte menn med tid

og den har ikke undersøkt dette materialet med profesjonshistoriske eller institusjonshistoriske briller. Det er snarere en historie som forsøker å fremvise de relasjoner som kommer til syne i arkiver og i tekster, og det objektet de etablerer - i det historiske drama som radesyken utgjør.

Å skrive en sykdoms historie reiser imidlertid en rekke spørsmål som man er nødt til å ta stilling til: Hvordan skal en slik historie skrives? Hvilken status skal studieobjektet, sykdommen, få? Det er tema for neste kapittel.

1. Hva er en sykdoms historie, og hvordan skrive den?

Det har vært forbausende lite oppmerksomhet rundt sykdommers historiografi, selv i den senere tid.⁷ Den vanligste tilnærming til sykdommenes historie har inntil nylig vært å sentrere undersøkelsen rundt hva sykdommene "egentlig" var, med dagens diagnostiske verktøy som hjelpemiddel. I den grad fortidens resonnementer ikke har vært sammenfallende med dagens, har man tilskrevet det metafysiske spekulasjoner eller dårlig logikk, og når fortidens medisinske begreper ikke har stemt overens med våre, har man oversatt dem til dagens terminologi. Slik har man søkt med lupe i fortiden etter sykdommer som er kjent i dag. Denne type tilnærming gir medisinhistorikeren i oppgave å lete "bak" tekstene (som ofte blir oppfattet som spekulative eller feilaktige) etter den naturen som måtte skjule seg der, å være en kombinasjon av lege og detektiv i fortidens historiske materiale. Resultatet er en slags diagnostisk historie som med sin egen samtids medisinske verktøy forsøker å finne ut hva en fortidig sykdom kan ha vært.⁸ Kildene har blitt lest med henblikk på å finne ut hvor de

til å skrive. For radesykens vedkommende finnes det imidlertid muligens et unntak for fremtidig forskning: Ludvig Daae refererer i Kvinesdals historie til en prest ved navn Finckenhagen, hvis kone angivelig var i Danmark for å kureres av radesyke. Da Daae skrev dette på slutten av 1800-tallet hadde han brevsamlingen i sitt private eie, men jeg har ikke greid å oppspore den. Jfr. Ludvig Daae, *En Krønike om Kvinesdal* (Christiania: Cammermeyer, 1894), kap VIII.

⁷ Jeg vil komme nærmere inn på arbeid som utgjør unntak fra regelen i det som følger. Tekster jeg trekker veksler på er Adrian Wilson, "On the History of Disease-Concepts: The Case of Pleurisy," *History of Science* 38 (2000): 271-319. Se også den innledende diskusjon i Jon Arrizabalaga, John Henderson og Roger K. French, *The Great Pox: the French Disease in Renaissance Europe* (New Haven: Yale University Press, 1997).

⁸ En medisinhistorisk disiplin som har rendyrket denne tilnærmingen, med bruk av et annet materiale enn de skriftlige kildene, er paleopatologien, som ved hjelp av utgravninger har forsøkt å finne spor av sykdom på skjelettfunn. Se f.eks. i en nordisk kontekst: Vilhelm Møller-Christensen, *Bogen om Æbelholt kloster* (København: Dansk Videnskabs Forlag, 1958); Vilhelm Møller-Christensen, *Bone Changes in Leprosy* (Copenhagen: Munksgaard, 1961). For nyere litteratur, se f.eks. Charles L. Greenblatt, *Digging for Pathogens: Ancient Emerging Diseases - their Evolutionary, Anthropological, and Archaeological Context* (Rehovot: Balaban, 1998); Charles L. Greenblatt og Mark Spigelman, *Emerging Pathogens: the Archaeology, Ecology, and Evolution of Infectious Disease* (Oxford/New York: Oxford University Press, 2003). Se også Charlotte A. Roberts og Keith Manchester, *The Archaeology of Disease* (Ithaca: Cornell University Press, 2003).

”gamle” tok feil, og hvor de hadde rett, hele tiden med våre diagnostiske kategorier og våre forståelsesrammer som utgangspunkt.⁹

Denne type tilnærming har inntil nylig dominert sykdomshistoriens historiografi, og er så allment akseptert og anerkjent at forfatterne vanligvis ikke behøver å redegjøre for at de har inntatt nettopp dette standpunktet, fordi det fremstår som det innlysende riktige.

Historieskrivere i denne tradisjonen plasserer kunnskap på trygg avstand fra sosiale, kulturelle og politiske faktorer. De anser sitt forskningsobjekt, sykdommen, som et fenomen som ikke er gjenstand for historisk endring, mens sosiale relasjoner og kultur, reaksjonene og responsene på sykdommen, behandles som historiske fenomener.

Dette gjelder i stor grad fremdeles, til tross for den rivende utvikling disiplinen medisinsk historie har gjennomgått i løpet av de siste 30 år.¹⁰ Et ofte gjentatt mantra i den senere tid er at medisinsk historie tidligere i stor grad var et fag forbeholdt leger, skrevet av leger, for leger og om leger. Det dreide seg mye om de store oppdagelser, om legevitenskapens fremskritt og feiltagelser. Enhver generalisering er problematisk, og det har i det siste blant toneangivende historikere blitt argumentert for at dette bildet av den tradisjonelle medisinhistorien bør revurderes.¹¹ Allikevel er det helt klart at medisinsk historie

⁹ Bare for å nevne noen eksempler: Erwin Heinz Ackerknecht, *Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten* (Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1963); Kenneth J. Carpenter, *The History of Scurvy and Vitamin C* (Cambridge; New York: Cambridge University Press, 1986). William Hardy McNeill, *Plagues and Peoples* (Garden City, New York: Anchor Press, 1976). To studier som begge har omhandlet veneriske sykdommer er John David Oriel, *The Scars of Venus: a History of Venereology* (London: Springer-Verlag, 1994); Nils Thyresson, *Från Fransoser till AIDS: kapitel ur de veneriska sjukdomarnas historia i Sverige* (Stockholm: Carlsson, 1991). Begge disse bøkene skildrer veneriske sykdommers historie som en historie om medisins fremskritt henimot en stigende innsikt i hva syfilis egentlig er. Historien behandles som en prosess mot riktig diagnostisering og behandling av sykdommen, med vår tid som normativ målestokk. Oriel tar for seg Europa og Nord-Amerika, mens Thyressons område er Sverige. Begge baserer sine arbeider på nåtidig kunnskap om hva syfilis og gonoré er, og representerer rene idéhistoriske gjennomganger av vitenskapelige gjennombrudd og feiltagelser.

¹⁰ Dette gjelder også for et verk som tilsynelatende har en helt annen tilnærming, og som er en svært anerkjent bok i sjangeren sykdomshistorie: Claude Quézel, *History of Syphilis* (Cambridge: Polity Press, 1990). Ved første øyekast synes den å tilhøre en annen kategori enn den jeg nå tar for meg. I introduksjonen står det nemlig at den skal drøfte ”syphilis as a cultural phenomenon”. Men boken er en drøfting av syfilis’ kulturhistorie basert på nåtidens kunnskap om syfilis. *Le mal de Naples*, som den opprinnelig het, er utelukkende basert på en retrospektiv diagnose. Navnebruken er i seg selv problematisk. Ordet syfilis ble riktignok brukt første gang på 1500-tallet, i diktet *Syphilis sive morbus gallicus*, der syphilis var navnet til diktets syke hyrde. Begrepet syfilis kom ikke i allmenn bruk i Europa før på slutten av 1700-tallet. Jfr. Jon Arrizabalaga, ”Syphilis,” i Kenneth F. Kiple (red.), *The Cambridge World History of Human Disease*, (Cambridge: Cambridge University Press, 1993). Quézel omtaler følgelig med ordet syfilis sykdommer som hadde hatt helt andre navn opp gjennom tidene, som *mal de napes*, *great pox*, *morbus gallicus*, *morbus veneris*, *lues venerea*, *lystsyke* og *fransoser*. En konsekvens av dette er at der det oppstår diskrepans mellom dagens kunnskap om syfilis og det som fremgår i Quetels kilder, blir denne diskrepansen forklart enten som irrelevant eller begrunnet i fortidens manglende kunnskap. Å skrive en kulturhistorie om en sykdom som faktisk ikke fantes på den tiden, er ytterst problematisk – fordi det var den samtidige sykdomsforståelsen som utgjorde bakgrunnen for de kulturelle responsene på sykdommen, ikke den moderne diagnosen syfilis.

¹¹ Generaliseringen hopper ofte bukk over det faktum at dette kanskje ikke hadde så mye med profesjon som med skrivekontekst å gjøre; mange av ”legehistorikerne” skilte seg ikke synderlig fra sine samtidige historiker-

ble grunnleggende endret da historikerne fra 1970-tallet av begynte å beskjeftige seg med dette feltet. Det medførte blant annet at viktige perspektiver som tidligere hadde blitt nærmest oversett, nå fikk en sentral plass i disiplinen. I en helt annen grad enn tidligere har det i løpet av de siste 30 år blitt fokusert på kjønn, pasientenes historie, de alternative behandleres historie, institusjonshistorie og mer generelt de sosialhistoriske aspektene ved medisinsk historie. Imidlertid ble emner som den tradisjonelle medisinhistorien hadde fokusert på, som kunnskapsutvikling og sykdomshistorie, i denne tradisjonen skjøvet i bakgrunnen.¹²

En historiker som med bakgrunn i den nyere medisinhistorien har problematisert den tradisjonelle innfallsvinkelen til sykdommenes historie, er amerikaneren Charles Rosenberg. Han skrev et berømt forord til en essaysamling som har fått betydelig innflytelse i medisinhistoriske miljøer, med tittelen *Framing Disease: Studies in Cultural History, Health and Medicine in American Society*.¹³ Metaforen *framing*, eller innramming, har siden blitt svært mye brukt. Rosenberg fremholdt i dette forordet at sykdom og sykdomspraksiser må sees som produkter av den biologiske virkelighet, idet forskjellige patogener og forskjellige symptomer utløser ulike sosiale og politiske responser. Han hevder at han med metaforen *innramming* anerkjenner sykdommens biologiske virkelighet samtidig som han erkjenner at sykdommen ikke eksisterer som sosial enhet før den er navngitt og forklart: "a disease does not exist as a social phenomenon until we agree that it does – until it is named".¹⁴ Men biologien er allikevel vesentlig, fortsetter Rosenberg, fordi den former de begrepsmessige og

kolleger i synet på fremskritt og optimisme på vitenskapens vegne. I den historiografiske antologien *Locating medical history* utfordrer historikerne Frank Huisman og John Harley Warner det tradisjonelle bildet av medisinhistorien, og sier at dette forteller mer om dem som skapte bildet enn om dem som portretteres: "In the new social history of medicine that took shape in the 1970's the deployment of a flat caricature of older work helped to define the new program and to clarify a sense of mission for historians trying to consolidate their separate identity. Indeed, that movement gained in momentum partly by contrast with what it was not [...] By the early 1980's this image of traditional history degenerated from an aspiring rallying call for historiographic revolution to an assumed but unexamined misrepresentation of the past". Og de konkluderer: "Perhaps one of the best things we could do for our field is to make it disreputable to trot out 'traditional' medical history as a simplistic foil, a maneuver that too long, too often has passed for theoretical and historiographic novelty". Frank Huisman og John Harley Warner, *Locating Medical History: the Stories and their Meanings* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2004), s. 2.

¹² Et unntak her var psykiatrihistorien, som fortsatte å undersøke sykdommenes historie, men nå med et annet utgangspunkt. I den senere tid har det imidlertid kommet oppfordringer fra medisinhistorisk hold om å fokusere mer på denne medisinhistoriske disiplinen (historien om sykdommer), fordi den utgjør et unikt forbindelsespunkt mellom medisinsk praksis, kunnskapen og pasientene. Se Wilson, "On the History of Disease-Concepts." Her hjemme har vi sett dette i flere avhandlinger de senere årene: Hilde Bondevik, "Medisinsens orden og hysteriets uorden: hysteri i Norge 1870-1915" (Doktoravhandling, Det humanistiske fakultet 2007); Jan Groven Grande, "Veien, sannheten og livet: norske medisineres vitenskapelige moderniseringsarbeid ca. 1840-1880" (Doktoravhandling, NTNU, 2003); Svein Atle Skålevåg, *Fra normalitetens historie: sinnssykdom 1870-1920* (Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, 2003).

¹³ Charles E. Rosenberg, *Explaining Epidemics and other Studies in the History of Medicine* (Cambridge: Cambridge University Press, 1992), s. xiii-xxvi.

¹⁴ Ibid., s. xiiiv.

institusjonelle responser som gis på sykdom.¹⁵ Rosenberg skrev sin tekst tidlig på 1990-tallet, og den må sees som en direkte intervensjon i samtidens høylytte debatt om hvorvidt medisinske fenomener var sosialt konstruert eller ikke. Rosenberg polemiserte mot en vulgær sosialkonstruktivisme som hevdet at alt utelukkende var bestemt av dypereliggende sosiale strukturer. For ham var det viktig å understreke at alt ikke bare er sosialt konstruert. Spørsmålet blir imidlertid i hvilken grad det er relevant å transponere dagens kunnskap om sykdom tilbake til fortiden. Rosenbergs begrep om det biologiske forutsetter at han relativt uproblematisk kan knytte tråder mellom dagens kunnskap og fortiden der han anser det relevant. Hans metafor ”innramming” impliserer en holdning om at naturen blir sett og tolket, men det som befinner seg innenfor rammen er identisk gjennom tid. Det er den samme naturen som blir målestokk, vår natur. Kunnskapens dynamiske kraft, dens evne til å gripe inn i det som til enhver tid gjelder som virkelig, mistes av syne, og naturen forblir en ahistorisk konstant.

Sykdommenes historie kan også angripes fra en idéhistorisk innfallsvinkel, som en historie om kunnskapens fremvekst, uten at det nødvendigvis trenger å innebære en ahistorisk innfallsvinkel.¹⁶ Sykdommers vekst og fall kan da forklares med endrede vitenskapelige klassifikasjonspadigmer, hvor man fokuserer på kunnskapsinnholdets historiske endring.¹⁷

¹⁵ Biologien ”shapes the choices available to societies in framing conceptual and institutional responses to diseases: tuberculosis and cholera, for example, offer different pictures to frame for society’s would-be framers.” Ibid., s. xv.

¹⁶ Adrian Wilson argumenterer i sin redegjørelse for at man bør legge vekt på sykdomsbegrepets historiske omskiftelighet. I Wilsons historiografiske gjennomgang er imidlertid materialitetene så å si fraværende. For ham er svaret på hvordan man skal skrive sykdommenes historie enkelt: Hvis man skiller sykdommen fra sykdomsbegrepet, og så skriver en begrepshistorie uten å sammenligne fortidens sykdomsbegrep med våre nåtidige, så har man løst problemet. Det er de idéhistoriske endringer i diagnosebegrepene som interesserer ham. Forholdet mellom sykdomsbegrepet og den relasjonen disse begrepene inngår i – som sykehus, medikamenter, politiske forhandlinger og kroppslige lesjoner – blir imidlertid uavklart og drøftes kun i en fotnote. Når Wilson legger ut sitt historiske case, pleuritten, for å anskueliggjøre hva han mener med et sykdomsbegreps historie, blir dette begrepet stående som rent idéinnhold. Det er ingen forsøk på å påvise hvor komplekse forbindelser disse skiftende begrepene inngår i. Og når han senere skal modifisere standpunktet sitt og si hvilke andre forhold som kunne trekkes inn annet enn de rent begrepshistoriske, gjenstår stort sett idéhistoriske faktorer. Eksemplene han gir som muligheter for ”widening of focus”, som ”shift of attention outwards from the concepts themselves” er alle helt ekskludert fra sykdommens konkrete utslag og fra de andre materielle forbindelsene sykdommen inngår i: ”the many other matters which might have influenced them [sykdomsbegrepene]”, er faktorer som ”practices of healing and of pedagogy, corporate relationships, patronage networks, religious and philosophical allegiances”. Wilson, ”On the History of Disease-Concepts,” s. 304.

¹⁷ En historie om sykdom som tar høyde for at sykdomsbegrep kan være omskiftelig, er legen Owsei Temkins arbeid *The Falling Sickness* fra 1945. Han argumenterte for at ”we must above all find out what was meant by epilepsy” og ”we must take the past seriously and try to understand it”. Studien hans viste hvordan man i en historisk undersøkelse av sykdommer kan gå inn i et historisk materiale og ha respekt for historiens annerledeshet. Men i introduksjonen redegjør han for at dette perspektivet for ham er betinget av at det organiske grunnlaget for epilepsien ikke var kjent. Hadde han valgt seg et studieobjekt med en udiskutabel etiologi, fortsetter han i introduksjonen, ville fremgangsmåten ha vært annerledes, fordi: ”this knowledge [om tuberkulosen] we can apply as a critical standard to the past and can separate the true from false”. Grunnen til at han skriver som han gjør, er altså at epilepsien fremdeles er en gåte, dette er ikke noe som lar seg applisere på alle sykdommer. Når alt kommer til alt, lander Temkin altså på et normativt standpunkt, der dagens diagnoser

Slike historier kan også skrives som sosiale konstruksjonsprosesser. Medisinhistorikere innen den sosialkonstruktivistiske tradisjon har forsøkt å knytte sykdomsfeltet til politiske og sosiale forhold.¹⁸ Medisinen og medisinsk praksis blir undersøkt kunnskapssosiologisk: Hvordan blir sykdommer skapt, og hvilke maktforhold ligger under en slik kunnskapsproduksjon? I henhold til en slik posisjon blir virkeligheten til gjennom sosial samhandling og sosiale og kulturelle krefter, og det blir derfor viktig å påvise maktrelasjoner og sosiale interesser bak ulike diagnoser. Historikere som er interessert i forbindelsene mellom kunnskap, profesjoner og sosial makt, har sett på sykdomsdefinisjoner og -forklaringer som verktøy for sosial kontroll, som merkelapper på avvik, og som grunnlag for legitimering av statusforhold.¹⁹ Kunnskap ble produsert snarere enn oppdaget.²⁰ Sosialkonstruktivistiske arbeider har fokusert på at naturen ikke er noen universell og rasjonell garantist. En sosial konstruksjon er i denne tradisjonen et konstrukt som ser ut som om det er naturlig og nødvendig, men som har en tilblivelseshistorie som i bunn og grunn er produkt av sosiale relasjoner.²¹ Følgelig har fokuset ligget på hvordan sykdommer ble konstruert og utformet i spesifikke historiske kontekster. Avhengig av hvilke studier man ser på, har det vært lagt vekslende vekt på forskjellige typer av slike forhold, de kan være intellektuelle eller institusjonelle, kulturelle eller filosofiske, men ofte nært knyttet til en spesiell tid og et bestemt sted.²²

utgjør fasiten og hjelper oss med å skille sant fra falskt. Owsei Temkin, *The Falling Sickness: a History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology* (Baltimore: Johns Hopkins Press, 1945).

¹⁸ Se f.eks. David Armstrong, *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century* (Cambridge: Cambridge University Press, 1983); Malcolm Nicholson, "The Metastatic Theory of Pathogenesis and the Professional Interests of the Eighteenth-Century Physician," *Medical History* 32 (1988): 277-300; Mary Poovey, *Uneven Developments. The Ideological Work of Gender in Mid-Victorian England* (London: 1988); Judy Wajcman og Donald MacKenzie, *The Social Shaping of Technology* (Milton Keynes: Open University Press, 1985).

¹⁹ Begrepet sosial konstruksjon ble introdusert av sosiologene Berger og Luckmann med boken *The Social Construction of Reality* fra 1967. Berger og Luckmann hevdet her at sosiale konstruksjoner er et adekvat begrep både for den subjektive og den objektive virkelighet – ingen virkelighet eksisterer utenfor det som blir produsert i sosiale samhandling. Peter L. Berger og Thomas Luckmann, *The Social Construction of Reality: a Treatise in the Sociology of Knowledge* (New York: Doubleday, 1967).

²⁰ Tesen ble ytterligere formet i den nå klassiske Edinburghskolen. Se f.eks. Barry Barnes og Steven Shapin, *Natural Order: Historical Studies of Scientific Culture* (Beverly Hills: Sage Publications, 1979).

²¹ For eksempler på denne typen tilnærming, se artikkelsamlingen redigerte av Andrew Treacher og Peter Wright, *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine* (Edinburgh: Edinburgh University Press, 1982).

²² Noen innenfor denne tradisjonen trekker den konklusjon at når sykdommen er et historisk produkt, er den ikke virkelig. Se for eksempel Malcolm Nicholson, som i en artikkel om patologi på 1700-tallet hevder at metastase-teoriene oppstod på grunn av økonomiske interesser. Argumenter vedrørende interesser blir i en slik fremstilling like deterministiske som naturargumenter er i den diagnostiske tradisjon. Dessuten mister begge av syne det teoriene handler om. Jfr. Nicholson, "The Metastatic Theory of Pathogenesis and the Professional Interests of the Eighteenth-Century Physician." I boken *Deviance and Medicalization* har Peter Conrad og Joseph Schneider som anliggende å vise at avvik har blitt tiltagende medikalisert. Størrelser som galskap, alkoholisme, opiatavhengighet, homoseksualitet, kriminalitet og barnemishandling er i følge forfatterne først og fremst av en politisk og moralsk natur, og har urettmessig blitt underlagt medisinsens område. Jfr. Peter Conrad og Joseph W. Schneider, *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness* (St. Louis: Mosby, 1980). Karl Filgios essay om klorose i 1800-tallets Storbritannia er et annet eksempel som ofte blir trukket frem i denne

Denne tradisjonen har kommet med viktige bidrag til sykdommenes historiografi. Slike arbeider gjør det klart at sykdommer har en historie, og at sosiale og kulturelle forhold påvirker sykdomsutforming og sykdomsoppfatning. Arbeider som springer ut av en slik tradisjon, har gjort det mulig å se at sykdommenes historie ikke må utforskes som en teleologisk prosess, som et sett med fremskritt og feiltagelser henimot ett bestemt mål – dagens sykdomsforståelse. De fremhever betydningen av lokal kontekst. Hva betydde den aktuelle sykdommen, ikke for oss, men for dem som skrev om den og handlet i forhold til den? Hvordan ble kunnskap om sykdom influert av sosiale praksiser og av de sosiale og økonomiske forhold? Det er helt åpenbart at kunnskap generelt og kunnskap om sykdommer spesielt er grunnleggende knyttet til sosiale og kulturelle forhold.

Når de skal belyse denne tilblivelsesprosessen, tenderer imidlertid de sosialkonstruktivistiske arbeider om sykdomshistorie mot å la sosiale samhandlinger og forskeren som kunnskapsprodusent spille hovedrollen i kunnskapsetableringen. Deres forklaring baserer seg ofte på kategorier som sjelden blir gjenstand for den samme problematisering som det objekt de studerer. Forhold som ”klasse”, ”samfunn”, og ”kjønn” blir stående som *explanantia* uten at de i seg selv er gjenstand for analyse.²³ Dertil reiser spørsmålet seg om hvorvidt de sosiale relasjoner alene har en slik evne til å produsere kunnskap. Kunnskapsinnholdet, det konstruksjonsprosessen dreier seg om, kommer ofte i bakgrunnen i slike studier. Sykdommene forklares enten ved hjelp av sosiale samhandlinger alene eller de defineres i ytterste instans som uavhengig av historisk tid, som biologi, og dermed som irrelevant for studien. Flere av de sosialkonstruktivistiske arbeidene synes å akseptere motsetningene mellom det virkelige og det konstruerte, mellom det naturlige og det

tradisjonen. Figlio argumenterte for at sykdommen klorose var ankerfestet i klasserelasjoner. Kapitalismens fremvekst produserte en ny gruppe arbeidere, nemlig de unge kvinnene. I kontrast til dette ble den øvre borgerklassens unge kvinner konstruert som det optimale bilde på den aseksuelle, ikkearbeidende, delikate kvinnelighet. Klorosen ble et ideal. Det var altså indirekte kapitalismens fremvekst som motiverte en diagnose som klorose. Imidlertid ble ikke klorosens fremvekst, dannelsen av klorosebegrepet, diskutert i det hele tatt i Figlios arbeid. Det var altså selve konstruksjonen, og ikke tilblivelsen han påpekte som politisk, og det lange tidsspenn da klorosen faktisk bestod som medisinsk diagnose, ble skildret som nærmest homogent, uten endringer over tid. Karl Figlio, "Chlorosis and Chronic Disease in 19th Century Britain: The Social Constitution of Somatic Illness in a capitalist Society," *Social History* 3 (1978): 167-97.

²³ For dette poenget, se Bruno Latours kritikk av Shapin og Shaffers bok om Boyle i Bruno Latour, *Vi har aldri vært moderne: essay i symmetrisk antropologi* (Oslo: Spartacus, 1996). Dessuten i Bruno Latour, "The Promise of Constructivism," i Don Ihde og Evan Selinger (red.), *Chasing Technoscience: Matrix for Materiality*, (Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 2003). Det er selvfølgelig et paradoks at det ofte har blitt slik i sykdomshistorien, når sosialkonstruktivistiske arbeider innenfor samfunnsvitenskapene hadde som sitt utgangspunkt et oppgjør med en tradisjon som sterkt hadde vektlagt betydningen av dypereliggende sosiale strukturer, nemlig Talcott Parsons' strukturfunksjonalisme. Sosialkonstruktivismen hadde sitt utgangspunkt blant annet i Alfred Schütz' handlingsteori og i G.H. Meads pragmatisme, og den var en av flere nært beslektede mikrososiologiske retninger som oppstod på 1950- og 1960-tallet. Andre retninger som tilhørte samme strømning, var symbolsk interaksjonisme og etnometodologi. Se f.eks. Garfinkels oppgjør med Parsons i Harold Garfinkel, *Studies in Ethnomethodology* (Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1967).

kulturelle. Deres konstruerte sykdommer får dermed ofte islett av å være ikke-eksisterende, ikke-reelle. Gullstandarden de i så fall måles opp mot, tenderer mot å være den universelle natur. De gjenoppretter så å si skillet mellom natur og kultur akkurat idet de skulle til å utviske det.

Dette er nok også grunnen til at de så ofte har hatt som studieobjekt de åpenbare kultursykdommene, som ikke antas å ha noen organisk basis. Majoriteten av dem som har utfordret synet på kontinuerlige og opplagte/selvsagte sykdomsenheter, har fokusert på sykdommer som ikke er typiske for den moderne biomedisinen: Enten har de sett på sykdomsenheter som er ”gale”, umoralske eller irrelevante sett med utgangspunkt i nåtidens biomedisin, eller så har de sett på såkalt ”myke” sykdomsenheter.²⁴ Dette er sykdommer som på en påfallende måte resonnerer med kulturen, og der en biopatologisk mekanisme ikke har vært påvist. Det er lettere å konstruere en ”myk” sykdoms historie enn historien til de ”harde” sykdommer. ”Harde” sykdomsenheter, slik som infeksjonssykdommer eller endokrinologiske sykdommer, blir sjelden sett på som produkter av menneskelig atferd. Vanligvis blir de beskrevet som oppdaget, ikke som konstruert, basert på natur, ikke på kultur. Spørsmålene slike arbeider stiller, formuleres ofte innenfor et rammeverk som tar kategoriene for gitt: Er ideer om kjønn, homoseksualitet eller klorose virkelige eller konstruerte? Oppdagelser eller oppfinnelser? Selve kategoriene virkelig/konstruert, oppdagelse/oppfinnelser tas derimot aldri opp til diskusjon. Som Ludmilla Jordanova har fremhevet, har slike studier ofte et implisitt moralsk rammeverk, fordi de skal vise at de sykdomsenheter de utforsker ”egentlig” ikke eksisterte, men var produkt av forskerens interesse, et moralsk overgrep overfor de pasienter det gjaldt. Det utfordrer ikke historikeren til å undersøke de prosesser som inngår i dannelsen av kunnskap, fordi den ”beste” vitenskap eller medisin, den som ikke begår moralske overtrap, forblir uhistorisert, sann og akseptabel.²⁵ Dermed etterlates medisinen og

²⁴ I en nordisk kontekst har en sosialkonstruktivistisk tilnærming innenfor sykdommenes historie vært særlig fremmet av Karin Johannisson, som har skrevet analyser av diagnoser som nostalgi, hysteri, nevrasteni og klorose. Og selv om hun ofte selv fremhever at sykdommer både er biologi og sosiale konstruksjoner, er det det siste aspektet som har opptatt henne. I detaljerte studier, som for eksempel i *Den mørke kontinenten*, analyserer hun hvordan pasientene, legene, kulturen og de sosiale krefter spiller sammen i å forme de sykdommer som hun med en fellesbetegnelse kaller kultursykdommer. I denne boken analyserer hun særlig hvordan kvinnesykkeligheten rundt århundreskiftet er et resultat av fin-de-siècle-kulturens krise – i en tid med modernisering, plutselige omveltninger, rotløshet og pasifisering oppstår sykerollen også som et attraktivt sted for den svenske overklassekvinnen. I dette siste følger hun altså i stor grad Figlios resonnement om at kvinnesykdommene ved fin-de-siècle fulgte et behov som i stor grad var skapt av den nye overklassekulturen hos kvinner, om enn med mindre monolittiske ambisjoner. Hennes forklaring er basert på et rikt analysemateriale hentet så vel fra det kulturelle, det medisinske så vel som det politiske felt. Se for eksempel Karin Johannisson, *Den mørke kontinenten: kvinnen, medisinen og fin-de-siècle* (Stockholm: Norstedt, 1994); Karin Johannisson, *Nostalgia: en känslas historia* (Stockholm: Bonnier, 2001).

²⁵ Et eksempel er Cynthia Russett fremstilling av medisins praksiser på slutten av 1800-tallet i boken *Sexual Science*. Medisins omgang med kjønn på denne tiden fremstiller hun som både kritikkverdig og deprimerende.

vitenskapen intakt både epistemologisk og politisk, fordi det blir unødvendig å forsøke å forstå hvorfor og hvordan man kunne tenke så annerledes om sykdom.

En tenker som forsøkte å formidle mellom natur og kultur, var legen og vitenskapsmannen Ludwik Fleck. Han tok doktorgraden på tyfusforskning ved universitetet i Lvov, og spesialiserte seg siden i bakteriologi i Wien. I tidligere arbeider hadde han problematisert selve sykdomsbegrepet og erkjennelsesteorien innenfor medisinen. Sykdomsenheter var ifølge Fleck i høyeste grad fiktive – mellom den lærde bokkunnskapen og den faktiske betraktning lå et stort gap. Dertil var medisinen studieobjekt, sykdommen, så kompleks at den ikke lot seg konsipere som en endimensjonal utvikling over tid. En sykdomstilstand må derfor betraktes fra forskjellige synsvinkler, og en enhetlig betraktningssmåte finnes ikke.²⁶ Men Fleck nøyde seg ikke med dette. I verket *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache* fungerer historien om syfilis som historiografisk case.²⁷ Denne historien handler ifølge Fleck verken om kunnskapens uavbrutte fremgang eller om ulike perspektiver på en og den samme sykdom. Dette dreier seg ikke om sykdom som ahistorisk natur. Fleck stilte spørsmål ved selve det vitenskapelige faktum, han problematiserte selve erkjennelsen. Det finnes ingen rene observasjoner, ingen rene sanseinntrykk, hevdet Fleck, i klar polemikk mot Wienerkolens positivistiske posisjon som dominerte samtidens erkjennelsesteori. På grunnlag av egen erfaring i laboratoriet hevdet han at forutsetningsløse betraktninger og observasjoner ikke finnes.²⁸ Ikke bare påstod Fleck at all observasjon var teoriavhengig, han førte også den epistemologiske innsikten ut over den individuelle forsker, idet han fokuserte på tankekollektivets betydning for observasjon og erkjennelse. Fakta er i stor grad noe vi blir sosialisert inn i. Vitenskapens objekter blir

Det er lett å være enig med henne hvis man dømmer boken ut fra vår samtids premisser. Russett forklarer imidlertid disse teoriene om kjønn enten med at de var utformet av dårlige vitenskapsmenn, eller at de representerte ondsinnede fordreininger av god vitenskap. Cynthia Eagle Russett, *Sexual Science: the Victorian Construction of Womanhood* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1989). Jordanovas kritikk fremkommer i Ludmilla Jordanova, "The Social Construction of Medical Knowledge," *Social History of Medicine* 8, no. 3 (1995): 361-81, s. 367. Hun mener at prosjekter som Russetts er "antithetical" for det sosialkonstruktivistiske prosjekt, men da definerer hun et ideal for sosialkonstruktivisme som mange som selv anser seg som sosialkonstruktivister, ville falle utenfor, jfr. Ian Hackings mange eksempler i Ian Hacking, *The Social Construction of What?* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1999).

²⁶ "Some specific features of the medical way of thinking" [1927], i Ludwik Fleck, Robert S. Cohen og Thomas Schnelle, *Cognition and Fact: Materials on Ludwik Fleck* (Dordrecht: Reidel, 1986), s. 39-40.

²⁷ Ludwik Fleck, *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv* (Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1980 [1935]).

²⁸ Som et av mange eksempler bruker han anatomiske plansjer av kjønnsorganer, og viser hvordan disse langt fra å være representasjoner av virkeligheten snarere er representasjoner av lære, av teori. Like mye som 1600-tallets anatomiske plansjer gjenspeilet måten man tenkte om kjønnene på, med fremstilling av kvinnens kjønnsorganer som inverterte utgaver av de mannlige, like mye gjenspeilet hans egen samtid sin periodes teorier. Den moderne plansjen han kontrasterer den eldre med, er, ifølge Fleck, like tungt investert av et program: Dagens plansjer er høyst stiliserte, idealiserte utgaver, som den uinnvidde strever med å gjenkjenne i den døde kroppen ved disseksjonsbordet. Når novisen etter hvert lærer å se det som er avbildet i tekstboken, blir det selvsagt.

akseptert som fakta gjennom en kompleks prosess av sosial konsolidering. Disse tankeproduktene får aldri en endelig karakter, men undergår transformasjon ustanselig, i en vekselvirkning mellom eksperter og folkemeningen. For Fleck var sannheten verken relativ eller subjektiv, men essensielt bestemt og vurdert av en gitt "tankestil" (hans uttrykk for et vitenskolektivs måte å tenke på i en gitt periode). Det som teller som fakta, varierer med tid og sted, og kan ikke oppfattes som ahistoriske størrelser. Viten blir til alle tider ansett av de som er innenfor systemet, som evidensbasert, anvendbar og åpenbar. Alle fremmede tankesystemer fremstår derimot som selvmotsigende, ikke evidensbasert, ikke anvendbare, fantastiske eller mystiske. Flecks spørsmål var: Hadde det ikke vært på tide å innnta et litt mindre egosentrisk felles standpunkt? Bør vi ikke heller sammenligne forskjellige vitenssystemer og snakke om sammenlignende erkjennelsesteori, i stedet for å skape et bilde av noe som ikke finnes, nemlig én uavbrutt linje mot ett mål, der alt som har vært, dømmes i forhold til det som har kommet til, i etterkant? Flecks epistemologiske utfordring må tas på alvor dersom man skal bedrive en sykdommenes historie.²⁹

En vitenskapshistoriker som tenker historisk om "virkelige" størrelser, er vitenskapshistorikeren Lorraine Daston.³⁰ Daston historiserer hele kontroversen mellom det virkelige og det konstruerte, mellom kultur og natur ved å vise hvordan motsetningene mellom oppfinnelse og oppdagelse, fakta og konstruksjon oppstod på 1700-tallet. Før det hadde det som nå fremstår som motsetninger, nærmest vært synonymer – noe som også gjenspeiles i at ordene faktum og manufaktur har samme etymologi. "Sometime in the eighteenth century," sier Daston, "the distinction between what is and what is made became unavoidable, a metaphysical axiom."³¹ Retningen Daston har vært en av foregangskvinnene til, har blitt kalt historisk epistemologi.³² Den setter søkelyset på selve de epistemologiske begrepers historisitet. Begreper som objektivitet, faktum og oppdagelse er ikke tidløse begreper, men begreper med en egen historie.³³ Daston foreslår at fokus forskyves vekk fra distinksjonen mellom det fabrikkerte og det virkelige henimot praksis, en forskyvning som innebærer en pragmatisk holdning til ontologi. "Whatever their metaphysical status, new scientific objects pour forth, and old ones fade away." Disse vitenskapelige objektene er udiskutabelt virkelige, men også udiskutabelt historiske, er Dastons posisjon. Det dreier seg

²⁹ Jfr. Latour, "The Promise of Constructivism."

³⁰ Lorraine Daston (red.), *Biographies of Scientific Objects* (Chicago: University of Chicago Press, 2000).

³¹ Ibid. s. 4.

³² Se for eksempel Ian Hacking, *Historical Ontology* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2002), s. 8.

³³ Studert av Daston i en kjent artikkel: Lorraine Daston, "Objectivity and the Escape from Perspective," *Social Studies of Science* 22 (1992): 597-618. Her viser hun hvordan objektivitet ble influert av kameraet (som introduserte en ny motsetning: Den objektive linsen versus det subjektive øyet).

om en empirisk holdning til saken, ikke en undersøkelse av hva objektene egentlig var, men en undersøkelse av hva de gjorde, hvilken virkelighet de skapte: "If the sciences furnish us with the best candidates for the real, then scientific realism must take the historicity of scientific objects seriously."³⁴ Vitenskapelige objekter kan observeres og manipuleres, og utgjør, i det minste for en tid, en ontologisk enhet. Det dreier seg om å studere en dynamisk verden, der noe kan komme til syne og til og med forsvinne igjen. Hun understreker altså at vitenskapelige objekter må betraktes som virkelige *og* historiske – på samme tid.

Vitenskapene har en ontologisk fruktbarhet; de skaper virkelighet. Og denne virkeligheten er et spørsmål om grader: Fenomener som er udiskutabelt virkelige i den banale forstand at de eksisterer, kan bli mer eller mindre virkelige, avhengig av hvor tett de innveves i den vitenskapelige tenkemåte og praksis.

Sykdommers historie forutsetter et vesentlig spørsmål: Hva er forholdet mellom det normale og det patologiske? Legen og vitenskapshistorikeren George Canguilhem problematiserte dette skillet. På 1800-tallet ble det patologiske i stigende grad definert som avvik fra den kvantitative norm som ble definert av laboratoriemedisinen. For Canguilhem, som ville rehabilitere klinikken mot det han oppfattet som trusselen fra laboratoriemedisinens dominerende innflytelse i medisinen, var det viktig å fremheve at forskjellen mellom det normale og det patologiske ikke kunne fremstilles som et kvantitativt kontinuum. Sykdom er noe som plager et individ, sa Canguilhem, og må derfor snarere forstås som et kvalitativt brudd enn som en kvantitativ grense på en Gauss-kurve.³⁵ I en rekke arbeider viste han hvordan vitenskapelige begreper ikke kunne skilles fra de sosiale eller kunnskapsmessige kontekster de ble formulert innenfor. Forskjellige tider og forskjellige steder formulerte forskjellige spørsmål og forskjellige svar.³⁶

Michel Foucault tok opp spørsmålet om forskjellen mellom det normale og det patologiske, men transformerte det i en grunnleggende forstand idet han historiserte selve problemstillingen. Det var ikke bare det kvantitative skillet mellom normalt og patologisk som måtte historiseres, mente Foucault, også den fundamentale motsetningen mellom det normale og det patologiske var av relativt ny dato. Han plasserte det nærmere bestemt til

³⁴ Daston (red.), *Biographies of Scientific Objects* s. 5.

³⁵ Georges Canguilhem, *The Normal and the Pathological* (New York: Zone Books, 1989). Boken var resultat av hans doktorarbeid fra 1945, og ble første gang utgitt på fransk i 1956.

³⁶ Se f.eks. hans arbeid om refleksbuen: Georges Canguilhem, *La formation du concept de réflexe aux XVII et XVIII siècles: thèse pour le doctorat ès lettres présentée des lettres de l'université de Paris* (Paris: Presses universitaires de France, 1955). For en norsk introduksjon til Canguilhems tanker om medisinen se Paola de Cuzzani, *Å lese medisinen. Normalitet og patologi i den franske medisinfilosofi* (Oslo: Spartacus, 2003).

”klinikens fødsel” i Paris i overgangen mot det 19. århundre.³⁷ Tidligere, hevdet han, eksisterte det ikke noe slikt skille. Legene forsøkte ikke å påvise det patologiske i motsetning til det normale i en enkelt kropp innenfor 1700-tallets praksis, de forsøkte å etablere en sykdom i relasjon til andre sykdommer. Det var i relasjon til andre sykdommer, ikke til den individuelle friske kropp, at den enkelte sykdom fikk mening.³⁸ Canguilhem's forsvar for den medisinske klinikken ble selv gjenstand for historisering. Klinikken har ikke alltid ligget der som det ideal den fremstår som for Canguilhem, den vokste frem av de banebrytende omveltningene i revolusjonstidens Paris. Den var ikke bare en ny institusjon, den fremskaffet også en ny type kropp og en ny type sykdom: Sykdom ble nå analysert som noe som utspiller seg i vevene i den enkelte kropp og ikke kan skilles fra den. Ikke bare sykdommene, men også selve kroppen, blir i denne forstand et historisk produkt. Det dreier seg ikke om ”beskrivelser av ulike ideer om et ahistorisk objekt”. Med Foucault kunne man heller si at det er ”relativt nylig at mennesket fikk en ’kropp’ (i vår forstand av ordet)”.³⁹ Kroppen er ikke en konstant størrelse, men noe som har *blitt til* under historiens gang.⁴⁰

En studie som har fokusert på praksisbegrepet innenfor sykdomshistorien, er François Delaportes relativt lite kjente arbeid om koleraepidemien i 1832.⁴¹ Delaporte gjør et metodisk poeng ut av at ”sykdom” som sådan ikke eksisterer, at det som finnes, er praksiser.⁴² Sykdom eksisterer ikke som et universelt faktum, nettopp fordi den er uatskillelig fra de praksiser den inngår i. Deler av disse praksisene er for Delaporte klassebestemte, men han hevder ikke at sykdomspraksisene ble formet av maktrelasjoner. Tvert imot argumenterer han for at ”[M]edical theories do not rise and fall with political factions,” i en polemikk mot medisinhistoriker Erwin Acherknechts berømte identifikasjon mellom, på den ene side

³⁷ Erwin Acherknecht hadde tidligere hevdet at det fant sted et brudd på epistemologisk nivå innenfor medisinen i årene rundt 1800, men mens han fokuserte på aktørenes intensjoner og deres forbindelse til medisinsk filosofi, var Foucault opptatt av endring i medisinen's mulighetsbetingelser, og kanskje særlig på språklig nivå. Erwin Heinz Acherknecht, *Medicine at the Paris Hospital, 1794-1848* (Baltimore: Johns Hopkins Press, 1967).

³⁸ Michel Foucault, *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception* (London: Tavistock, 1973 [1963]).

³⁹ Espen Schaanning, *Vitenskap som skapt viten: Foucault og historisk praksis* (Oslo: Spartacus, 1997), s. 116.

⁴⁰ Barbara Duden har drøftet nærmere kroppens historisitet. Hennes materiale er en leges utførlige notater om sine kvinnelige pasienter på begynnelsen av 1700-tallet. Duden argumenterer for at erfaringen av ens egen kropp ikke går forut for kulturen, men tvert i mot også formes av den. Kroppen er et historisk fenomen. Dette har ikke bare å gjøre med endrede *oppfatninger* av kroppen, det dreier seg om hvordan selve den fysiske kroppserfaringen grunnleggende endres. Hun beskriver nærgående kroppserfaringer som fremstår som svært levende – men totalt annerledes enn våre. I dette fremmede universet kan livmorer flyte rundt i kroppen, blod kan være som ild, menstruasjonsblod renne ut av nesen. Barbara Duden, *The Woman Beneath the Skin: A Doctor's Patients in Eighteenth-Century Germany* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1991).

⁴¹ François Delaporte, *Disease and Civilization: the Cholera in Paris, 1832* (Cambridge, Mass.: 1986).

⁴² Dette har gjort at han ofte har blitt plassert som sosialkonstruktivist. Eksempelvis mener Mark Harrison at Delaportes posisjon er at sykdomspraksiser først og fremst blir formet av foreliggende maktrelasjoner. Se f.eks. Mark Harrison, *Disease and the Modern World: 1500 to the Present Day* (Cambridge: Polity Press, 2004), s. 5.

konservatisme, contagionisme og karantenepolitikk og på den annen side, liberalisme, miasmeteori og opphevelse av karantene.⁴³ Delaporte reduserer ikke medisinske endringer til politiske endringer, han sier ikke at sykdom utelukkende er kulturelt bestemt. Men han påviser i praksis hvordan biologi, samfunn og historie på innfløkte og intrikate vis er vevd i hverandre.

I en kommentar til Michel Foucault utvikler historikeren Paul Veyne et teoretisk rammeverk for forståelsen av praksisbegrepet i historiefaget. Ifølge Veyne var det aldri naturobjektene i seg selv som stod i Foucaults interesse, han forsket alltid på hvordan de kom til i praksis, og hvordan disse praksisene igjen (om)formet sine objekter. Dette har både en pragmatisk og en mer ontologisk side, i henhold til Veyne: Det er ikke bare slik at praksisen er mer tilgjengelig for historieforskeren enn objektet. Han hevder også, som Delaporte, at objektet får sin eksistens i og med disse praksisene.⁴⁴

Nyere vitenskapsstudier har fokusert på at vitenskapelige praksiser ikke bare er sosiale, de er også i like stor grad materielle.⁴⁵ Disse teoretikernes bidrag til medisinhistorien kan nettopp være en tredje vei, en formidling mellom natur og kultur. Kulturen eller det sosiale inntar ingen privilegert plass, like lite som naturen gjør det. Begge er størrelser som må forklares, og deres tilblivelse må undersøkes, gjøres til gjenstand for forskning, snarere enn å være forskningens garantister. Også innenfor dette feltet har behovet for en praksistilnærming blitt fremhevet. La meg derfor avslutningsvis gå en omvei om en studie fra samtiden som tilhører denne tradisjonen. Den tar ikke opp historiske forhold, men ser nettopp på sykdom som praksis. Det dreier seg om en bok med tittelen *The Body Multiple* av Anne-Marie Mol. Mol har, i motsetning til Fleck, Foucault og Canguilhem, men i likhet med Delaporte, beveget seg vekk fra epistemologien. Epistemologien, sier hun, angår referenten; den spør etter hvorvidt representasjoner av virkeligheten er korrekte. Hennes prosjekt er ikke å undersøke riktigheten av representasjoner, snarere å se hvordan medisinen spiller ut ("enact") sine objekter. I likhet med Delaporte og Veyne presiserer hun at i den grad objekter

⁴³ Erwin Ackerknecht, "Anticontagionism between 1821 and 1867," *Bulletin for the History of Medicine* 22 (1948): 562-93.

⁴⁴ Paul Veyne, "Foucault révolutionne l'histoire," *Comment on écrit l'histoire*, (Paris: Éditions du Seuil, 1978 [1971]). I norsk sammenheng har en historiker som Svein Atle Skålevåg nettopp hatt praksis som utgangspunkt for sin studie over sinnsykdom i Norge: "Med utgangspunkt i vitenskapssosiologene kan vi si at 'vitenskapen' bør ses som en sosial praksis. Og den medisinske praksisens bruk av vitenskapen er ikke som å plukke ned de store, ferdige fruktene fra kunnskapens tre, men den er å ligne med et *oversettelsesarbeid*. De store ideene fra kontinentet må innskrives i pasientens kropp i den norske periferien for å bli virkelige størrelser. Ordet må bli kjød, ideene må kroppsliggjøres, de må oversettes fra laboratoriet til asylet eller rettssalen." Skålevåg, *Fra normalitetens historie: sinnssykdom 1870-1920*, s. 16.

⁴⁵ Bruno Latour har for øvrig skrevet noen svært utfordrende arbeider om tid og natur, se for eksempel hans essay "The Historicity of Things. Where were microbes before Pasteur?" I: Bruno Latour, *Pandora's Hope: Essays on the Reality of Science Studies* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1999).

er virkelige, er det fordi de er del av en praksis. De utageres, utspilles i forskjellige kontekster. Med hennes egne ord: “If practices are foregrounded there is no longer a single passive object in the middle, waiting to be seen from the point of view of seemingly endless series of perspectives. Instead, objects come into being – and disappear – with the practices in which they are manipulated”.⁴⁶ For Mol innebærer perspektivismen at sykdommen – det som skal studeres – unndrar seg beskrivelse, fordi man i stedet for å beskrive sykdommen beskriver ”perspektiver” på den. Mol ønsker altså ikke å følge en slik fremgangsmåte, hun ønsker å vise hvordan sykdommen kommer til syne på forskjellige måter, på forskjellige steder i praksis. Sykdom er alltid konstituert og rekonstituert, i relasjon til mange andre, menneskelige og ikke-menneskelige aktører. Mol er opptatt av at man ikke må ta studieobjektet for gitt, men gjøre objektets dannelse til studiens formål.

I *The Body Multiple* viser Mol hvordan hennes studieobjekt, arteriosklerosen, har blitt utspilt og etablert på helt forskjellige måter innenfor forskjellige kontekster: på patologisalen, i laboratoriet, i røntgenavdelingen og i poliklinikken. Allikevel betyr ikke dette mangfoldet at arteriosklerosen blir fragmentert til mange sykdommer. Den fortsetter å være én. Det er det tittelen *The Body Multiple* spiller på: Kroppen er mangfoldig, men allikevel står den i entall. Hun trekker her på antropologen Marilyn Stratherns begrep om ”partial connections”.⁴⁷ Sykdommen er flere enn én, men allikevel mindre enn mange: Mols mål er å ”study the multiplication of a single disease and the coordination of this multitude into singularity”. Hennes bok handler om forskjellige måter å koordinere, distribuere og inkludere på som tillater forskjellige versjoner av et enkelt objekt, en enkelt sykdom, arteriosklerosen å eksistere – samtidig.⁴⁸

Mitt mål med denne avhandlingen har ikke vært å avsløre at radesyken ”egentlig” var noe annet. Praksisbegrepet har gitt meg anledning til å fokusere på hvordan radesyken kom til og ble opprettholdt – i praksis, for de fleste av dem som befattet seg med den på 1700-tallet. Jeg har verken ønsket å identifisere radesyken med en moderne diagnose, eller å redusere den til et begrep om sosial klasse eller endrede klassifikasjonssystemer. Jeg ønsker å undersøke hva det var som gav radesyken virkelighet på 1700-tallet, med utgangspunkt i hvilke relasjoner sykdommen inngikk i. Spørsmål som vil stå sentralt i avhandlingen, er derfor: Hvilke sammenhenger og hvilke praksiser inngikk sykdommen i? Hva var det som utspilte seg i sykehusene, i bøkene, i politikken, på landsbygda? Hvilken virkelighet fikk radesyken i

⁴⁶ Annemarie Mol, *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice* (Durham: Duke University Press, 2002), s. 5.

⁴⁷ Marilyn Strathern, *Partial Connections* (Savage, Md.: Rowman & Littlefield Publishers, 1991).

⁴⁸ Mol, *The Body Multiple*, s. 83.

alle disse forskjellige kontekstene? Og ikke minst, hvordan endret dette seg over tid? Målet er ikke å si noe verken om kunnskapen om sykdommen var riktig eller gal, eller om de tiltak som ble iverksatt, var effektive eller ikke. Dette er ikke en normativ studie. Snarere ønsker jeg å se på radesyken som et fenomen som kommer til i og med alle de konkrete forbindelser den inngår i. Mest av alt forsøker jeg å si noe om hva radesyken var – for dem som håndterte den. Det innebærer et fokus på hvordan radesyken kom til og ble tydelig, i praksis. En forutsetning for å vise dette er imidlertid en grunnleggende historisering. Ikke bare av begrepet radesyke, men også av alle de fenomener som omgir den. Det innebærer også å gi den virkelighet – som historisk fenomen.⁴⁹

2. Tidligere historier om radesyken

Radesyken har vært et påfallende lite omtalt tema i norsk medisinhistorie. De studiene som finnes, har stort sett dreid seg om å finne ut hva radesyken ”egentlig” var, sett med nåtidens diagnostiske blikk. Den hittil eneste større studien av radesykens historie ble gjort for 150 år siden av Carl Wilhelm Boeck, professor i dermatologi (Norges første) og kirurgi fra 1850. En forstudie ble utgitt i *Norsk Magazin for lægevidenskaben* i 1852, som ledd i en større studie om hudsykdommene.⁵⁰ Den ble siden utvidet til en selvstendig studie i bind II i fembindsverket *Samling af Iagttagelser om Hudens Sygdomme*,⁵¹ og deretter utgitt på fransk i 1860 med tittelen *Traité de la Radesyge*, en bok som bærer undertittelen *Syphilis Tertiaire*. Boeck hadde gjort grundig kildearbeid, et arbeid som ifølge ham selv hadde følgende forhistorie: Da arkivmaterialet fra tiden før unionsoppløsningen ble tilbakeført til Norge, ble papirene som omhandlet radesyken samlet i et eget skap. Disse fikk Boeck tilgang til, umiddelbart etter at papirene kom til Norge en gang tidlig på 1850-tallet.⁵²

Hvordan ser Boecks fortelling om radesyken ut? Han er ikke en nøytral referent, men tar stilling til historiens forløp. Historien går inn i en helt spesifikk kontekst: Den brukes som et ledd i bestrebelsene på å etablere radesyken som tertiær syfilis. I Boecks øyne blir det historiske forløp også et eksempel på den sanne vitenskaps kamp mot fordommer og spekulasjoner. Den sanne vitenskap representeres av pionerer som radesykelegene Honoratus

⁴⁹ I det store oppslagsverket om sykdommenes historie, *Cambridge world history of human disease*, mangler et oppslagsord. Mellom omtalene av Rabies og Relapsing Fever mangler Radesyke.

⁵⁰ Carl Wilhelm Boeck, "Klinik over Hudsygdommene og de syphilitiske Sygdomme," *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* 6, 2. rekke (1852): 273-330.

⁵¹ Carl Wilhelm Boeck, "Radesyge," i Carl Wilhelm Boeck og Daniel C. Danielsen (red.), *Samling af iagttagelser om hudens sygdomme*, (Kristiania: 1855).

⁵² Carl Wilhelm Boeck, *Traité de la Radesyge (Syphilis Tertiaire)* (Christiania: Johan Dahl, 1860).

Bonnevie og Henrik Deegen, som i Boecks øyne hadde erkjent radesykens sanne karakter allerede på 1700-tallet. Alle som sier noe annet, har hatt ”skygge for øynene”. Blant annet sier han om en tekst av Christian Elovius Mangor at ”han har nøie studeret Spedalskheden, og antager Radesygen identisk med denne. Efter det Sted, hvor han praktiserede, kunne vi dog slutte, at han ingen spedalske har seet, hvilket ogsaa fremlyser af de Sygehistorier, han meddeler, der hentyde paa, at han har havt gamle syphilitiske Tilfælde for sig.” Når 1700-tallslegen Nicolay Arbo presenterer radesyken som skjørbuk, avslører sykehistoriene ham: ”man ser af disse, at det var gamle syphilitiske Tilfælde, han havde havt under Behandling”. Boeck innser altså betydningen av teori for de empiriske slutningene ved sykesengen, han fremhever at Mangor beskriver spedalskheden, og at Arbo beskriver skjørbuken, til tross for at de ifølge Boecks lesning av deres tekster har *sett* gamle syfilitiske tilfeller. I denne forståelsen av historien, som innebærer en natur som står stille og en kunnskap som går fremover, forestiller han seg at Arbo og Mangor i prinsippet hadde en natur foran seg som var lik hans egen, men at deres egne teorier sto i veien for å erkjenne det. Han bruker de historiske kildene for å underbygge sitt syn på radesyken som ”inngroed” syfilis. Dermed blir det også viktig å fremheve dem som faktisk anser radesyken for venerisk sykdom som vitenskapsteoretisk progressive røster.⁵³ Det Boeck ikke tar høyde for, er at også Arbo og Mangors syn på venerisk sykdom skiller seg radikalt fra det han oppfatter som syfilis. Selve ordet syfilis kom ikke i vanlig bruk før på 1800-tallet i Norge, det ordet de brukte på 1700-tallet var venerisk sykdom eller *lues venerea*. Denne betegnelsen inkluderte en rekke sykdommer som i dag er atskilt, som *ulcus molle*, veneriske vorter, og gonoré. Dertil kommer at den stadieinndelingen som Boeck opererer med, var ukjent for forfatterne på 1700-tallet. Den epistemologiske proklamering av en teoriavhengig observasjon som Boeck fremkommer med i behandlingen av 1700-tallstekstene, kan man imidlertid like gjerne bruke på ham selv. Hans egen posisjon er preget av venereologiens gjennombrudd som vitenskapelig disiplin i Frankrike, først og fremst representert ved Philippe Ricord.

Boecks påvisning av radesyken som tertiær syfilis har i stor grad blitt fulgt av ettertiden.⁵⁴ I 1905 skrev Carl Jonathan Borge en lengre artikkel om radesykens historie i *Tidsskrift for den norske lægeforening*. Formålet med artikkelen var å ”kaste et blikk tilbake paa radesygens historie, paa striden om dens væsen og den endelige seir ved Hjorts, Boecks

⁵³ Dette gjaldt fremfor alt legene Henrik Deegen og Honoratus Bonnevie, men også til en viss grad Henrik Steffens.

⁵⁴ Se f.eks. Carl Jonathan Borge, ”Radesygen,” *Tidsskrift for den norske lægeforening* 25, no. 12 og 13 (1905): 427-32, 67-75; Stian W. Erichsen, ”Radesyken,” *Tidsskrift for den norske lægeforening* 84, no. 22 (1964): 1531-37; Jens Henrichs, ”Kan radesyken tillægges nogen betydning i vore sindslidelsers ætiologi?,” *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* 74 (1913): 881-916.

(og Danielssens) epokegjørende arbeider, saa meget mer som disse vistnok er lidet kjendt af de nulevende fleste norske læger”.⁵⁵ Allerede ordvalget gjenspeiler formålet med teksten, som er å se radesyken gjennom den endelige ”seir” som Boeck med andre hadde frembrakt. Borge er følgelig mest opptatt av å vise de mange ”feiltakelser” og ”vildfarelser” som radesykens historie fremviste, selv om han mener man må vise overbærenhet overfor historien, siden kunnskapsgrunnlaget var så spinkelt. Den historiske kontekst Borges artikkel oppstår innenfor viser seg avslutningsvis, der han påpeker at ”en sygdom, der som heromhandlede havde gennemsyret en stor del af befolkningen i den sydlige del af landet, efter vor kundskab om indvirkning af syfilis paa organismen med nødvendighed maa have medført en degeneration af mange slechter i disse egne”.⁵⁶ Han tar ikke selv degenerasjonstemaet opp til diskusjon, men antyder at det bør være et formål for senere forskning, spesielt siden området rundt Kristiansand stift er så overrepresentert når det gjelder psykisk sykdom. Nettopp dette videreføres åtte år senere i en artikkel av Jens Henrichs. Han innleder riktignok med å understreke at radesyken må sees mot den ”historiske bakgrund” og understreker hvordan trange livsvilkår og fattigdom, ”daarlig levemåte og sanitære misligheder” og en gjennomgående urenslighet gav god næring for sykdommens utbredelse. Henrichs spørsmål er imidlertid: ”Har nu radesyken grebet saa sterkt ind i den herjede befolknings konstitution, at den har skapt en særlig gunstig jordbund for sindslidelser i de følgende generationer?” Hans konklusjon etter en lengre redegjørelse er at han ikke finner noen helt tydelig forbindelse, men at det er påfallende at både tuberkulosen og sinnslidelsene i Kristiansand stift må føres tilbake til et ”utpræget psykopatisk anlæg hos befolkningen”. Dermed er det for Henrichs nærliggende at både sinnslidelsene og tuberkulosen ”hviler paa et fælles grundlag, en fælles legemlig og sjelelig svækkelse eller degeneration”.⁵⁷

I et foredrag i medisinsk selskap i desember 1937 lanserte Fredrik Grøn en alternativ teori. I lys av samtidens ernæringsforskning ville han ta oppfatningen om at radesyken utelukkende skulle være en gammel og forsømt syfilis opp til ny vurdering; hans påstand var at radesyken også måtte betraktes som skjørbuk, og at de samtidige forfattere som mente det hadde hatt rett. Dels fordi en latent skjørbuk ifølge Grøn må ha vært til stede og dannet en disposisjon i folket på landet i Norge, dels fordi radesykens symptomer i følge Grøn kan forklares ut fra en manifest skjørbuk, altså en symptomgivende skjørbuk. Derfor konkluderte han med at både de som hadde bestemt at radesyken var venerisk, og de som hadde hevdet at

⁵⁵ Borge, ”Radesygen,” s. 427.

⁵⁶ Ibid., s. 473.

⁵⁷ Henrichs, ”Kan radesyken tillægges nogen betydning i vore sindslidelsers ætiologi?,” s. 916.

den var skjørbuk, hadde rett. Han avsluttet med å understreke at det å "levere et videnskapelig bevis angående karakteren av en nu utdødd historisk sykdom" er umulig med det kildemateriale som finnes, og at han derfor nøyer seg med å sannsynliggjøre dette som "en annen forklaring enn den gjengse".⁵⁸ I en oversiktsartikkel fra 1956 presenterer Stian Erichsen en modifikasjon av Boecks tese om at radesyken er syfilis. Han mener det kan være en av trepanematosene som ikke smitter venerisk, nemlig endemisk syfilis, som har fått så vidt alvorlige utslag fordi befolkningen var fattig og utarmet og deres hygiene slett og primitiv.⁵⁹

En videreutvikling av en slik historie, om hva radesyken egentlig var, sett med våre øyne, kunne godt ha blitt skrevet. Men dette vil ligge utenfor rammene for denne avhandlingen. Gitt at vi forutsetter at det finnes en ahistorisk biologisk og medisinsk virkelighet, hvordan skulle vi ha fått epistemisk tilgang til den? Den er formidlet gjennom etterlatte papirer, publiserte og ikke-publiserte, nedskrevet av mennesker som definitivt hadde et annet syn på sykdom enn det vi har og som var i besittelse av en helt annen type kunnskap. Er man på jakt etter å finne nøkler til dagens medisinske diagnoser, kan man selvfølgelig ignorere dette kunnskapsuniverset, og forsøke å tyde seg frem til en biologisk virkelighet bak ordene. Det som blir tydelig i møtet med radesykematerialet, er imidlertid at de i samtiden var opptatt av helt andre ting enn en lege i dag ville ha vært dersom hun skulle prøve å diagnostisere sykdommen. Legene på radesykens tid registrerte andre detaljer enn det vi ville ha gjort, og overså faktorer som i dag anses for helt vesentlig. De har ikke et blikk som søker sykdom i hudens lagdeling, deres blikk søker på overflaten etter subtile nyanser, etter former som kan gjøre det mulig å plassere radesyken innenfor et nosologisk system i relasjon til andre sykdommer. De er på jakt etter karakteristika som skal gjøre det mulig å definere radesyken som en egen art eller en klasse av sykdommer, og ikke etter de diagnostiske distinksjoner som dominerer dagens medisin. Til sammen skaper dette store problemer for en tilnærming som søker å bestemme radesyken som moderne diagnostisk kategori.

⁵⁸ Fredrik Grøn, "Kan radesyken delvis forklares som en hypovitaminose?," *Norsk Magazin for Lægevidenskab* 99 (1938): 457-70, s. 458.

⁵⁹ Flere har stilt spørsmålet om hva radesyken egentlig var. Niels Danbolt undersøkte kvikksølvinnholdet i Nicolay Arbos kurer, og fant ut at det var det samme innholdet der som i de ordinære kvikksølvkurer, noe som ifølge Danbolt støttet teorien om en venerisk etiologi. Jfr. N. Danbolt, "Remarks on the radesyge therapy," *Acta Derm Venereol Suppl* 32, no. 29 (1952): 87-90. I nyere tid har det blitt foreslått at sykdommen er et utslag av soppforgiftning. Se Fredrik C. Størmer, "Radesyken i Norge - var muggsoppgifter involvert," *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 124 (2004): 979. Arthur Danielsen og Bjarne Bjorvatn diskuterer mulige differensialdiagnoser ut fra symptomangivelser i Deegens journaler og konkluderer: "Med utgangspunkt i dr. Deegens faglige bakgrunn er det trolig at hans radesykepasienter hadde korrekt diagnose – i hvert fall i forhold til autoritative danske definisjoner av denne tilstanden". Det er da på sin plass å minne om at det var mange som mente at radesyken var skjørbuk som hadde en vel så stor forankring hos de danske autoriteter, f.eks. C. E. Mangor. Arthur Danielsen og Bjarne Bjorvatn, "Radesyken – en norsk tragedie," *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 123 (2003): 3557-8.

I tillegg til å foreslå at radesyken var en ikke-venerisk treponematose, lanserte Stian Erichsen også en teori om at radesyken var en konstruksjon basert på datidens kunnskapsgrunnlag. Han har blitt fulgt av Ole Moseng, som i flere arbeider har berørt radesyken. Moseng er ingen diagnostiker i fortiden; han forsøker ikke å finne ut hva sykdommen egentlig var. Mosengs tilnærming er i mangt en klassisk idéhistorie. Han hevder at radesyke må sees på som et konstruert sykdomsbilde og postulerer at ”sykdommen så å si [kunne] skape seg selv”. ”Konstruksjonen av radesyke kan ha vært et resultat av vitenskapeliggjøringen av medisinen i løpet av tiårene rundt 1800”,⁶⁰ skriver han videre, og begrunner det med følgende formulering:

Legene i tiårene rundt 1800 arbeidet i et spenningsfelt som kan ha gitt god grobunn for fremveksten av nye og spesifikke sykdomsforståelser – innsikter som ga mening der og da, men som var tidsavgrensede, og raskt ble oppfattet som meningsløse da forutsetningene forandret seg.

Når sykdommen forsvant, var det som resultat av det samme: nemlig at diagnosesystemene forandret seg. Det vil si, etter hvert som legene dirigerte sine diagnosesystemer inn i et ”mer og mer stringent rammeverk” var det ikke plass til radesykediagnosen.⁶¹ Radesykens fremvekst ble ifølge Moseng konstruert i og med en vitenskapeliggjøring av medisinen, som han altså hevder fant sted på denne tiden. Både Ole Moseng og før ham Stian Erichsen, synes altså å hevde at det er vitenskapens ulike kategoriseringer gjennom historien som forårsaker både sykdommens opptreden og dens utgang fra norgeshistorien. Ole Moseng hevder at radesyken er frembrakt av vitenskapelige endringer, men lar det stå åpent hva disse vitenskapelige endringene skulle bestå i. Hvis det er det vitenskapelige objektet radesyke han snakker om, blir det nærmest en tautologi å si at det er konstruert av vitenskapen. Han lar imidlertid spørsmålet om hvordan denne konstruksjonsprosessen har foregått, stå åpent. Videre er begrepet vitenskapeliggjøring problematisk, fordi det innebærer en teleologisk tenkning som risikerer å miste det historisk spesifikke av syne.

Radesyken har også blitt studert av leger ut fra et lokalhistorisk perspektiv, særlig gjelder dette radesykehuset i Flekkefjord. Carl Birger van der Hagen i sin tid fikk Kongens gullmedalje for en oppgave om radesykehuset i Flekkefjord der han så bort fra de ulike teoriene om radesykens natur, men konsentrerte seg om institusjonens indre liv med grunnlag

⁶⁰ Ole Georg Moseng, *Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850*, bd. 1 i *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*, (Oslo: Universitetsforlaget, 2003), s. 253-4. En tilsvarende formulering har han i omtalen om Porsgrunns historie: ”Slik sett er det mulig å hevde at begrepet radesyke oppstod som en følge av at legekunsten utviklet seg mot legevitenskap”. Jfr. Ole Georg Moseng, *Byen i emning*, bd. 1 i *Porsgrunns historie* (Porsgrunn: Porsgrunn kommune, 2006), s. 190.

⁶¹ Moseng har her et forelegg hos Stian Erichsen, som i sin artikkel om radesyken skriver: ”et forhold som man under diskusjonen om hvorfor radesyken forsvant, ikke har tatt hensyn til, er den nyorientering som fant sted på hudsykdommenes område i første halvdel av forrige århundre”. Se Erichsen, ”Radesyken,” s. 1537.

i arkivmateriale.⁶² Sykehuset i Flekkefjord og dets lege kirurg Henrik Deegens virke der har blitt videre belyst i flere artikler av Arthur Danielsen.⁶³ Andre sykehus har også blitt undersøkt i enkeltstudier.⁶⁴ Selv om disse studiene gir mye informasjon, har de alle i mer eller mindre grad vært preget av en tilnærming som har tatt vår tids kunnskap som normativt utgangspunkt.

Utgangspunktet for den foreliggende avhandling er det følgende: Radesyken må forstås som radesyke (og ikke som noe annet, noe mer ”egentlig”, noe vi i dag har et begrep om) fordi det er *den*, og ikke syfilis, heller ikke venerisk sykdom, som inngår i de praksiser og relasjoner jeg allerede har trukket frem. Det er radesyke, og ikke tertiær syfilis eller endemisk syfilis, for den saks skyld, som har vært viktig i utformingen av det norske helsevesen. Hvis man skal fokusere på hva radesyken *egentlig* var, så mister man disse poengene av syne. For det var radesyken *slik den ble forstått, erfart og praktisert i samtiden* som var gjenstand for den lange rekken av tekstlige, sosiale og politiske begivenheter som skal være tema for denne avhandlingen.

⁶² Carl Birger van der Hagen, "Belys med et eller flere eksempler de medisinske og administrative forhold ved norske sykehus i det 18de eller 19de århundre" (Medaljeoppgave, Universitetet i Oslo, 1964).

⁶³ Bl.a. Arthur Danielsen, "Chirurgus Hendrich Deegen og radesykehuset i Flekkefjord," *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 123 (2003): 3559-61; Arthur Danielsen, "Spyttehuse, Incurable-stue og Liigskiul: Radesykehuset i Flekkefjord," i JA Balto (red.), *Fortidsminneforeningens årbok*, (Oslo: Foreningen til norske fortidsminnesmerkers bevaring, 2000); Danielsen og Bjorvatn, "Radesyken – en norsk tragedie."

⁶⁴ For radesykehuset i Stavanger se Roald Strandjord, "Paa dette Skib hadde det været en Deel rygge-løst Mandskab... Om radesyken og radesykehuset i Stavanger," i JA Balto (red.), *Fortidsminneforeningens årbok*, (Oslo: Foreningen til norske fortidsminnesmerkers bevaring, 2000). For radesykehuset i Bratsberg se Mirjam Håndlykken, "Det begynte med Radesygehuset på Aase-Backe." Bratsberg Amts Radesygehus 1776-1884," *Telemark historie. Tidsskrift for Telemark historielag* 24 (2003): 44-63. For radesyken i Trøndelag, se Torbjørn Olsen, "Den rada Syge": radesykens bekjempelse i Selbu 1770-1885" (Hovedoppgave, Universitetet i Trondheim, 1989).

Prolog: Opprinnelse

What is found at the historical beginning of things is not the inviolable identity of their origin; it is the dissension of other things. It is disparity.⁶⁵

Fortellinger som beskriver tingenes opphav sier også noe om oss selv. Hver kultur har sin egen fortelling om hvordan universets oppratt, og hvert enkelt land har sine egne mer eller mindre kanoniserte fortellinger om nasjonens opprinnelse. Opphavshistorier gir mening til det irrasjonelle, og tilbyr svar på spørsmålene når, hvordan og hvorfor. I øyeblikk av krise, som når en ny fryktet sykdom opptrer, gir opphavshistoriene oss noe å klynge oss til mens vi strever med de uunngåelige spørsmålene: hvor kom denne sykdommen fra, hvorfor er den her, hvordan kan jeg unngå den?⁶⁶ Noen sykdommer – som HIV/AIDS og SARS i moderne tid og venerisk sykdom i tidligere tider – har påkalt en vedvarende interesse for sykdommenes opphav. Potensialet for at opprinneshistorier skal produseres øker dersom sykdommen rammer plutselig og uventet, eller det hersker tvil om dens natur. Nok en drivkraft er det hvis sykdommen har dramatiske symptomer, og/eller en spredningsmåte som gjør at den oppleves som truende for samfunnet som helhet. Radesyken fyller alle disse kriteriene.

I det som følger skal jeg analysere hva som skjer når radesyken blir gjort til historie. I første omgang er dette et spørsmål om navngiving. I radesykens tilfelle handler det om et ord som forflytter seg – fra landsbygda i Norge til akademiske avhandlinger på latin. Derne dreier det seg om oppkomsten av en rekke fortellinger som beskriver hvordan sykdommen oppstod, i tid og rom. Radesyken blir gjennom disse opphavshistoriene innskrevet i en større fortelling. I likhet med andre historiske hendelser finner den sin plass i et kronologisk og romlig skjema sammen med nødsår og kriger, barnefødsler og død.

I analysen av disse faktorene har jeg ikke drøftet opprinneshistorienes korrelasjon til en ”objektiv” virkelighet.⁶⁷ Istedenfor å fokusere på disse fortellingene som rene representasjoner, vil jeg vise hvordan de selv bidrar til å frembringe den virkelighet de skal

⁶⁵ Michel Foucault, "Nietzsche, Genealogy, History," i Paul Rabinow (red.), *The Foucault Reader*, (London: Penguin Books, 1984), s. 79.

⁶⁶ Jfr. Marie McAllister, "Stories of the Origin of Syphilis in Eighteenth-Century England: Science, Myth and Prejudice," *Eighteenth Century Life* 24 (2000): 22-44.

⁶⁷ Som Hans Blumenberg uttrykker det: "Theories about the origin of myths are idel. Here the rule is: Ignorabimus (we will not know). Is that bad? No, since we don't know anything about the origins in other cases either". Jfr. Hans Blumenberg, *Work on Myth* (Cambridge, Mass.: MIT Press, 1990), s. 45.

formidle. Disse tekstene er eksempler på en konstruksjonsprosess der radesyken befestes og blir virkelig nettopp *idet* den innskrives i en større narrativ kontekst. Gjennom de ulike opphavsfortellingene plasseres sykdommen i kontekst, i et offentlig og historisk rom og tilkjennes realitet på flere nivåer. Som alle typer forklaringer gjør fortellingene det ukjente kjent, og bidrar til å kaste et forklarende lys over sykdommens opprinnelse og utvikling. Fortellingene har imidlertid også en mer konkret funksjon: de oppfordrer til politisk handling, inspirerer til videre undersøkelser og legitimerer vitenskapelige påstander. Samtidig som de også kan karakteriseres som litterære skapninger. Noen av dem er de reneste narrative epos, mettet av drama og tragedie, av synd og nytelse, kjærlighet og krig.

1. Fortellinger om begrepets opprinnelse

Det ord, Rade, er vel ikke noget egentlig gammelt eller længe siden bekiendt Ord, men Bonden har i sær paa nogle steder i Lister Fogderi antaget dette af dem selv opdigtede Ord, til at betegne en Ting som de anseer for skadelig, slem og ond, ex en rada Mand; en skarnsagtig, ond Mand, en rada Ting; en slem, skadelig Ting, en rada Mærr; en usel, slet og tradsig Mærr, etc. Radesygen er altsaa i Bondens Forstaaelse, en slem og ond Sygdom, som han anseer af dens Omstændigheder og Følgerne, for en slem og næsten ulægelig Sygdom.⁶⁸

Slik rekonstruerer en kirurg på 1770-tallet radesykens begrepsmessige opprinnelse og det semantiske innhold. I det som følger skal ulike fortellinger om begrepets opprinnelse løftes frem, for det første hvor ordet kom fra og for det andre hva det betyr. Begrepet radesyke er spesielt interessant å følge, fordi det har en litt uvanlig historie: det som sannsynligvis har vært et lokalt dialektord, reiser til København og blir annammet i de lærde kretser – uten å forandre ordlyd. Ordet går endog inn i de latinske avhandlinger, og ender opp som latinsk oppslagsord i en latinsk tysk ordbok for medisinerere på midten av 1800-tallet.

Fortellingene om radesykens etymologiske historie har vært mange. Som vi så i sitatet ovenfor, mente kirurg Touschen at begrepet radesyke opprinnelig var et dialektord, ”opdigtet” av allmuen, og han var ikke alene om å mene dette i samtiden. 1700-tallets embetsmenn, både amtsmenn, prester, kirurger og leger,⁶⁹ hevdet i brev og bøker at ordet var av lokal opprinnelse. Et eksempel er legen i Mandal, Honoratus Bonnevie, som avsluttet sin fortelling om radesykens opprinnelse på følgende måte: ”Her af den tilstædeværende Bondestand som skal have betragted deres usædvanlige og fremmede Sygdom, givet samme Nafn af Rade=Syge”.⁷⁰ En av prestene som skrev til radesykekommissjonen, fortalte at ”Oprindelsen til det sidste Navn [radesyge] reiser sig visst [...] af et Munheld eller almindelig Talemaade

⁶⁸ Daniel Touschen til amtmann Scheel 6.3.1774: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁶⁹ ”Rada bliver her et National-Ord, hvormed Bønderne ret med Eftertryk søge at angive de slemme og onde Egenskaber af en Ting”. Henrik Deegen, *Noget om Radesygen, observeret ved Sygehuuset i Flechefiord og udgivet til Nytte for Almuen* (Christiansand: Andreas Swane, 1788), s. 6.

⁷⁰ Honoratus Bonnevie til Collegium Medicum 12.8.1776: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

just i den Egn, som, naar et slet Menneske, Kreatur, kort sagt: aldt, hva som var slett, skulle bemærkes, blev kaldet med et Navn: Rade-Ting.”⁷¹

Hvordan ser det så ut i ordbøkene? Ivar Aasen støttet påstanden om at ordet hadde en lokal norsk opprinnelse hundre år senere. I *Norsk Ordbog* hevdet han at ordet skrev seg fra det norske adjektiv *rata*.⁷² Den monumentale 28 binds store *Ordbog over det danske Sprog* har oppslagsordet radesyge, og der står det også at ordet kommer fra norsk talemål.⁷³ I Aschehoug og Gyldendals *Store norske leksikon*, presenteres radesyke likeledes som et norsk dialektord.⁷⁴ Det finnes imidlertid også en annen og parallell fortelling om ordets opprinnelse, nemlig at det skulle skrive seg fra det tyske *rate*. Hjalmar Falk og Alf Torp konkluderer i *Etymologisk ordbog over det norske og danske sprog* med at ordet radesyke stammer fra det middelnedertyske *rate*, uten å angi noen forgjengere for dette standpunktet.⁷⁵ I Salomonsens konversasjonsleksikon følges den tyske genealogien, men der ledes ordet tilbake til platt-tyske *rate* = *rote*.⁷⁶ Endelig følger Gyldendals Store Konversasjonsleksikon opp med en innførsel om at *rada* kommer fra nedertysk *Rate*.⁷⁷ Ingjald Reichborn-Kjennerud diskuterer Falk og Torps versjon, men finner det lite plausibelt at ordet skulle ha reist så langt, og holder på en opprinnelse i norske dialektord.⁷⁸ I flere tyske ordbøker og oppslagsverk på 1800-tallet hevdes det at ordet er et gammelt dansk ord (”ein obsoletes dänisches Wort”).⁷⁹

De aller fleste embetsmenn i Norge som uttalte seg om saken, ser ut til å være enige med kirurgen som ble sitert innledningsvis, om at radesyken var et navn skapt av allmuen i Listerområdet. Et unntak er riktignok drammenslegen Nicolay Arbo, som i sin bok om

⁷¹ Fasting i brev til radesykekommissjonen av 5.9.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165. Et tilsvarende argument ser vi hos Hans Munk, som fra 1799 ble ansatt som landphysicus og lege ved Stavanger sykehus: ”Hier in dieser Gegend versteht der Bauer unter dem Worte Rade so viel als schlecht, häßlich. So sagen sie en Radehest, ein schlechtes Pferd, en Radetrøje, ein häßliches Wamms u.s.w.“ Se Hans Munk, ”Nachricht, wie sich die Radesyge in dem Krankenhause zu Stavanger in Norwegen im Jahr 1799 gezeigt, und wie sie behandelt worden,” *Medicinisich-chirurgische Journal* 5, no. 1 (1800): 62-83, s. 62. I en artikkel fra 1815 tilføyer samme mann, som da er lege ved radesykehuset i Bratsberg, opplysninger om hvor i landet ordet skriver seg fra: ”Rade er ett adjectivum som brukas i vestsliga delen af Christiansands Stift och i synnerhet i trakten omkring Stavanger”. Se Hans Munk, ”Om den norrska radesygen,” *Kgl Vetenskaps Academiens Handlingar* 66 (1815): 1-30.

⁷² Ivar Aasen, *Norsk Ordbog: med dansk Forklaring* (Christiania: Mallings Boghandel, 1873 [1850]), s. 582.

⁷³ Verner Dahlerup, *Ordbog over det danske sprog* (København: Gyldendal, 1919).

⁷⁴ Petter Henriksen, *Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon*, 3. utg. (Oslo: Kunnskapsforlaget, 1995).

⁷⁵ Hjalmar Falk og Alf Torp, *Etymologisk ordbog over det norske og det danske sprog* (Kristiania: Aschehoug, 1903).

⁷⁶ Chr Blangstrup, *Salmonsens Konversationsleksikon*, 2 utg. (København: Schultz, 1915).

⁷⁷ Ibid; Francis Bull, Arnold Eskeland og Edgar B. Schieldrop, *Gyldendals store konversasjonsleksikon*, 2. utg. (Oslo: Gyldendal, 1965).

⁷⁸ Ingjald Reichborn-Kjennerud, *Vår gamle trolldomsmedisin* (Oslo: Jacob Dybwad, 1928-48), bd IV, s. 161.

⁷⁹ Ludwig August Kraus, *Kritisch-etymologisches medicinisches Lexikon, oder Erklärung des Ursprungs der aus dem Griechischen, dem Lateinischen und aus dem Orientalischen Sprachen in die Medicin und in die zunächst damit verwandten Wissenschaften aufgenommenen Kunstausdrücke, zugleich als Beispielsammlung für jede Physiologie der Sprache*, 3. utg. (Göttingen: Deuerlich, 1844); Georg Friedrich Most, *Ausführliche Encyclopädie der gesammten Staatsarzneikunde* (Leipzig: F.A. Brockhaus, 1838), bd. 2, s. 202.

radesyken skriver at sykdommen ”i Norge for det meeste kaldes Flod eller Saltflod, i Dannemark Radesyge.”⁸⁰ Når radesyken ble referert til i embetsmennenes skrifter, ble det på 1700-tallet ofte tilføyd at ordet var et folkelig begrep og altså ikke deres egen betegnelse. Som for eksempel her i stiftamtmannens beretning: ”Rahde Sygdom, hvilket betyder det samme som en skammelig Sygdom *efter Bøndernes maade at tale paa*.”⁸¹

Når dukker ordet radesyke opp i kildene? Flere kommentarer har knyttet ordets opprinnelse til ansettelsen av stiftsfysikus i Kristiansand, Cancelliråd von See i 1743, og henviser da til Bendix de Fine, amtmann i Stavanger.⁸² Leser man de Fines tekst vil man imidlertid finne ordene Saltflod og ”grasserende epidemisk syge”, og ikke begrepet radesyge.⁸³ Ordet forekommer riktignok i to av de svar som foreligger på de 43 spørsmål som kongen stilte embetsmenn i Norge i 1743. Sorenskriver Paus i Bratsberg amt skrev ganske kort: ”Blant bønderne grasserer og en sygdom kaldes ratesyge, som er en art af frandsoser”.⁸⁴ Tilsvarende skrev fogd Kornelius Korneliussen i Råbyggelaget fogderi at ”en sygdom kaldet ratesiuge, eet slags skab eller flodliig frantzoser” er en av de sykdommer som mest ”grasserer”.⁸⁵ Deretter forekommer begrepet kun sporadisk i de neste tiår, mens sykehuset som opprettes i 1762 i Kristiansand har betegnelsen radesykehus.

Ordet radesyke forble imidlertid ikke i Listerområdet. Det reiste snart til de lærde kretser i København, og inntok en plass i det medisinske vokabular. Etter hvert fikk ble det også introdusert til latin uten å forandre ordlyd. Ordet radesyke gav i seg selv fra begynnelsen av ingen konnotasjoner innenfor det medisinske miljø, og nettopp derfor er det interessant at det faktisk ble beholdt, og ikke ble latinifisert underveis, en skjebne som ble de aller fleste andre slike folkelige uttrykk til del. Ord som saltflod, klubba, landfarsott eller tæring finner

⁸⁰ Arbo, *Afhandling om Radesygen eller Salt-Flod*.

⁸¹ RA, DK, Skapsaker, Skap 9, pk 165: Stiftsamtmann Hagerup til Collegium Medicum 24.5.1771 (min uthevnning).

⁸² Se for eksempel Boeck, *Traité de la Radesyge (Syphilis Tertiaire)*. og Erichsen, ”Radesyken.” Se også Reichborn-Kjennerud, *Vår gamle trolldomsmedisin*, bd. IV, s. 161. Han hevder sykdommen ble omtalt av von See i 1743-44.

⁸³ ”Men udi Egersund og omkring paa Landet findes endnu een anden Sort meget farlig og Smitsom Siugdom, hvoraf mange ere døde, kaldes her Saltflod, brydende ud med bylder og slemme Saar:/ dessuden og angriber Folk paa adskillige slags maader, nogle indvortes, og andre udvortes, og gjør dem baade blinde og lamme, setter sig i Halssen, opæder baade Næse, Mund og Ansigt, ja den er i saa mange Greene og maader, at her ingen egentlig veed, hva samme Svaghed er, Men til denne farlige Siugdom at curere har Hands Kongl Mayt. Allernaadigst beskikket een Provincial Medicus, der og har haft mange under Cuur.” Bendix Christian De Fine, *Stavanger Amptes udførlige Beskrivelse* (Stavanger: Dreyer/Rogaland historie- og ættesogelag, 1987 [1743]), s. 30.

⁸⁴ Kristin M. Røgeberg og Margit Løyland, *Norge i 1743: innberetninger som svar på 43 spørsmål fra Danske Kanselli* (Oslo: Solum, 2003-), bd. 3, s. 427. Til tross for at Ingjald Reichborn-Kjennerud refererer til meldingen fra Paus, hevder han at navnet ”ratesyke” ikke finnes i svarene til det danske kanselli i 1743, men det er altså feil. Reichborn-Kjennerud, *Vår gamle trolldomsmedisin*, bd. IV, s 161.

⁸⁵ Røgeberg og Løyland, *Norge i 1743*, bd. 4, s. 25.

man nesten aldri i medisinsk litteratur. Ordet radesyke, derimot, fant sin vei inn i latinske avhandlinger stort sett uendret.⁸⁶ På midten av 1800-tallet har det endog blitt så befestet i det latinske vokabular at det står oppført som eget oppslagsord i en latin-tysk ordbok for medisiner og naturvitenskapsmenn.⁸⁷ Begrepskomplekset ble selvfølgelig endret på denne reisen, men det skal jeg komme tilbake til.

Det er altså to konkurrerende historier om begrepets opprinnelsessted, som etableres henholdsvis på den norske landsbygda, især på Vestlandet, og på det tyske kontinent. Etter denne gjennomgangen av de ulike redegjørelsene for begrepets etymologi og opprinnelse, er det spørsmål som stilles i det følgende hvilken *betydning* som ble tillagt begrepet. Jeg vil også se nærmere på hvorvidt begrepets geografi fikk noen innflytelse på hva slags betydning det fikk. Som vi så i sitatet som innledet dette kapitlet, fortalte Daniel Touscher at folk i Listerområdet ved Mandal forstod ordet *rada* som noe skadelig, slemt eller ondt. Stiftsamtmannnen i Kristiansand, Hans Hagerup, hevdet at ordet betydde skammelig. Honoratus Bonnevie, som vi skal komme nærmere tilbake til i neste kapittel, mente også at *rade* betydde skammelig (uterlig), men også uren.⁸⁸ Legen ved radesykehuset i Flekkefjord, Henrik Deegen, skrev til radesykekommisjonen i 1778 at radesyken betydde en fæl, heslig, ond og vederstyggelig sykdom.⁸⁹ Fasting, som var prest, skrev til samme kommisjon at *rada* betød slett.⁹⁰

Radesykens semantikk ble tematisert også av utlendinger. Tyskeren Jacob Mumsen noterte i sin dagbok fra en reise i det sydlige Norge i 1788 at *rada* skrev seg fra råttene.⁹¹ I en samtidig anmeldelse heter det om hans etymologiske slutninger basert på årsaker anmelderen mener ikke finnes:

⁸⁶ Se for eksempel Johannes Belart, "De morbo quem Radesyge nominant. Dissertatio inauguralis pathologica" (1830); Carolus Aemilius Gedike, "Dissertatio inauguralis medica de morbo, quem Radesyge dicunt, in Norvegia endemico" (1819); Frederik Holst, *Morbus quem radesyge vocant quinam sit quanamque ratione e Scandinavia tollendus?* (Christiania: 1817); Guilielmus Rullmann, "De ulcere radesyge" (1844); Henrichs Sprakel, "De morbo qui dicitur radesyge" (Halle-Wittenberg, 1864). Og Bodo Steidel, "De natura radesyges: dissertatio inauguralis" ([s.n.], 1851).

⁸⁷ Radesyge, der Norwegische Aussatz [...]. I Ernst Gabler, *Lateinisch-deutsches Wörterbuch für Medizin und Naturwissenschaften* (Berlin: Hermann Peters, 1857), s. 302.

⁸⁸ Her af den tilstæde værende Bondestand som skal have betragtet deres usædvanlige og freemmede Sygdom, givet samme Nafn af Rade=Syge/: betyde i det danske urene eller uterlige Sygdom:/"

⁸⁹ "Radesyge, hvilket betyder saa meget paa Bonde-Sproget som en fæl, hæsli, ond og væderstyggelig Sygdom, hvilket den og i sig selv er." Deegen i brev til radesykekommisjonen av 5.12.1778: RA, DK, Skapsaker, Skap 9, pk 165.

⁹⁰ "I saadan Tid er Sygdommens Navn formildet eller forandret fra Venerisk, og til Rade-Syge. Oprindelsen til det sidste Navn reiser sig vist ikke af Andet, end enten dels af en slags Unseelse ved, at skulle være behæftet med den fremmede Syge, eller dels af et Munheld eller almindelig Talemaade just i den Egn, som, naar et slett Menneske, Kreatur, Kort sagt: Aldt, hva som var slett, skulle bemærkes, blev kaldet med et Navn Rade-Ting." Fasting i et brev til radesykekommisjonen av 5.9.1778: RA, DK, Skapsaker, Skap 9, pk 165.

⁹¹ Jacob Mumsen, *Tagebuch einer Reise nach dem sydlichen Theil von Norwegen im Sommer 1788: ein Manuscript für die Freunde* (Hamburg: 1789), s. 54.

S. 54 og 55 taler han om Radesygen, som han kalder Raadensyge, faule Seuche, og udleder den fra Ureenlighed, Umaadelighed og Raaddenhed; men da det for den største Deel er fattige Folk, som blive bemeldte med denne Sygdom, har ingen før hr Forf endnu faaet det Indfald at give Umaadeligheden Skyld, og angaaende de øvrige tvende Aarsager, da har ingen hidintil kundet ansee dem som tilstrækkelige. Hvo miskiender her den ulykkelige Virkning af Efterligningssygen, og det Hæng til Pral med Sprogkunnskab, som man ei besidder.⁹²

Anmelderen syntes altså at Mumsens utledning av begrepet radesyke tenderte til rent ordkløveri. Navnet radesyke ble utledet av radesykens årsaker, men anmelderen påpekte altså at det var helt absurd å gi mangel på måtehold en etiologisk faktor, idet de radesyke i det alt overveiende var fattige folk. Anmelderen lanserte imidlertid ikke selv noen alternativ betydning av begrepet.

Den tidligere nevnte Hans Munk, som hadde vært lege ved radesykehuset i Brattsberg, skrev i 1815 at

Rade er ett adjectivum som brukas i vestliga delen af Christiansands Stift och i synnerhet i trakten omkring Stavanger, och betyder stygg, slemm, elakartad [...] och Radesyge betyder derföre efter allmogens talesätt icke annat än en stygg, elakartad sjukdom, hvorföre de också benämna hvarje sjukdom, som förekommer dem sådan, den må härleda sig af hvad orsak som hälst.⁹³

”Stygg, slemm, elakartad” var altså betydninger han knyttet til den norske konteksten, han holdt seg til den norske lokale etymologien av ordet *rade*. Men ordet blir også tillagt lignende betydninger i andre sammenhenger. I verket *Ausführliche Encyclopedie der gesammten Staatsarzneikunde* står det under oppslagsordet Radesyge: ”von Rade [...], was heftig, böse, bösartig bedeutet, und Syge, Krankheit.”⁹⁴ I Kraus’ medisinske leksikon fra 1834, gjentas den betydning som hadde blitt så heftig avvist av Mumsens anmelder noen år tidligere, nemlig råttene: ”Radesyge (dänisch): die böse, faule Seuche.”⁹⁵ Foreløpig har vi altså betydningene stygg, slem, ekkel, voldsom og råttene. I et annet tysk oppslagsverk fra 1830-årene anføres nok en betydning. Under oppslagsordet Radegyse (sic!) heter det at ordet kommer fra ”Syge, die Krankheit, und Rade, böse, oder von raad, die Fischhaut?”⁹⁶ Denne siste opplysningen om at rade skulle skrive seg fra det norske raa eller raad, nemlig fiskehud, stammer ganske sikkert fra den norske legen Frederik Holst. Han var den første som utledet forbindelsen til fiskehud, i sin doktoravhandling fra 1817. Grunnen var som følger: I den første største norske ordboken før Ivar Aasen, Laurents Hallagers *Norsk Ordsamling*,⁹⁷ fantes ikke ordet *rata* eller *rada* nevnt overhodet, og det fikk Holst til å tvile på om det virkelig kunne ha seg slik at ordet rada

⁹² C E Bohn, "Mumsens Tagebuch," *Nyeste kjøbenhavnske efterretninger om lærde sager*, (København: 1790).

⁹³ Munk, "Om den norrska radesygen," s. 4.

⁹⁴ Most, *Ausführliche Encyclopädie der gesammten Staatsarzneikunde*.

⁹⁵ Kraus, *Kritisch-etymologisches medicinisches Lexikon*.

⁹⁶ Johann Nep Rust, *Theoretisch-praktisches Handbuch der Chirurgie: mit Einschluß der syphilitischen und Augen-Krankheiten, in alphabetischer Ordnung*, bind 14 (Berlin: Enslin, 1830), s. 122-33.

⁹⁷ Laurents Hallager, *Norsk Ordsamling, eller Prøve af norske Ord og Talemaader: tilligemed Et Anhang indeholdende endeel Viser, som ere skrevne i det norske Bondesprog* (Kjøbenhavn: Popp, 1802).

var mye brukt i deler av Norge. Han mente det var mer sannsynlig at forstavelen *rade* stammet fra andre dialektord, og viste til Hallagers oppslagsord *Raa* og *Raad*,⁹⁸ som betyr fiskeskin. Uttrykket ”han ser ud som en stegt fisk”, var ifølge Holst vanlig å bruke om mennesker som var rammet av radesyken. Denne kreative ordbruken var i følge Holst, tegn på den sublime styrke i folkets vokabular.⁹⁹ Så langt jeg kan se, var det imidlertid første gang i radesyken historie at denne etymologien ble presentert. Det passet da også godt med Holsts tese om at radesyken var karakterisert ved skjell som lignet på fiskeskjell.

Hva så med de norske ordbøkene? Laurents Hallager hadde altså ikke ordet *rada* som innførsel i sitt verk, men vi finner det hos Ivar Aasen, som hevdet at ordet betyr ”slet, daarlig, ond, maaskee et Genetiv af et gammelt *rate*”. Han mente for øvrig også at ordet fremdeles var i bruk i Jæren, Lister og Mandal i formen *rada*, for eksempel ”’ein rada veg’, en daarlig Vei”.¹⁰⁰ Da Reichborn-Kjennerud skrev sitt fjerde bind i *Vår gamle Trolldomsmedisin*, var uttrykket ”*rada* sjuge” fremdeles i bruk på Jæren om ”enhver lei og langvarig sykdom”.¹⁰¹

For å oppsummere: Hvilken betydning er det *rada/rade* tillegges i disse redegjørelsene? I en særstilling står Holst teori om fiskeskinnet, den er allerede drøftet. Alle de andre oppgir relativt sammenfallende definisjoner, og slår vi sammen deres definisjoner fremkommer betydningene ussel, slett, skadelig, slem, ekkel/ondartet, rått, böse (stygg eller ond), og skammelig sykdom. Relativt forskjellige betydninger altså, bortsett fra at de alle er uttrykk med negativt fortegn. Imidlertid innbefattes nesten alle disse betydningene i de forskjellige valører Otto Kalkar gir i sin *Ordbog til det ældre danske Sprog* under oppslagsordet *ond*.¹⁰² Den første betydningen han angir er dårlig eller slett: Dette kan vi se hos presten Fasting (slet), og til dels hos kirurg Touschen (ussel, slett). For det andre kunne *ond* bety ubehagelig, vanskelig eller slem, og for det tredje kunne det bety ødeleggende eller skadelig. Disse siste betydningene ble det knyttet an til både hos Touschen (skadelig, slem), Munk (slem, elakartet), Most (bösertig), Rust og Kraus (begge böse). Men i ordboken er det listet opp enda noen betydninger, nemlig syndig, og endelig usedelig og utuktig. Det er disse definisjonene Bonnevie knytter an til. Dermed kan vi se hvordan forskjellige semantiske nivåer blir utnyttet for å oversette et begrep forfatterne i utgangspunktet åpenbart ikke kjenner betydningen av. De eneste betydningene som ikke fanges av de forskjellige lagene i ordet *ond*, er Holsts angivelse av *rada* som fiskens skinn, Mumsen/Kraus påstand om at *rada* skulle

⁹⁸ Ibid., s. 125.

⁹⁹ Holst, *Morbus quem radesyge vocant*, s. 8.

¹⁰⁰ Aasen, *Norsk Ordbog: med dansk Forklaring*, s. 582.

¹⁰¹ Reichborn-Kjennerud, *Vår gamle trolldomsmedisin*, bd IV s. 161.

¹⁰² Otto Kalkar, *Ordbog til det ældre danske Sprog* (København: Universitets-jubilæets danske Samfund, 1881-1907), bd. III, s. 323.

skrive seg fra råttenskap/faul, og endelig betydningen stygg (Munk, og, hvis man oversetter böse med stygg, også de tyske leksikonforfatterne).

Hagerups og Bonnevis fortellinger om at rada skal bety henholdsvis skammelig og uren, kan tolkes som å være innenfor dette komplekset, da knyttet til usedelig/utuktig/syndig, men det passer likevel ikke helt på ordet skammelig. Dette siste er jo snarere en effekt av å bli fortolket som syndig og usedelig, enn å være ensbetydende med det. Her må nok grunnlaget søkes et annet sted. Termen uren har blitt knyttet til smitte helt fra Det gamle Testamentet. I tredje Mosebok (Leviticus) foreskrives strenge regler for hvordan man skal forholde seg til de urene. De bibelske forskriftene utgjorde bakgrunnen for håndteringen av de spedalske i middelalderen, og urenhetsmetaforen preget mange forestillinger om hvordan man skulle forholde seg til det som ble oppfattet som smittsomme sykdommer. Bonnevis oversettelse av *rada* med uren kan altså med en bibelsk fortolkning i bakhånd, fortolkes som en variant av betegnelsen syndig.

Avslutningsvis er det verdt å se nærmere på hvordan dette semantiske innholdet har blitt tradert av senere generasjoner. Hvis vi går til begynnelsen av 1900-tallet, står det i Falk og Torps etymologiske ordbok at rada (som de altså mener har en tysk opprinnelse) har betydningen råttten. *Salomonsens konversasjonsleksikon* angir tilsvarende betydningen ”raaddenhet” eller ”forraadnelse” for ordet *rada*,¹⁰³ i likhet med *Gyldendals Store Konversasjonsleksikon* som hevder rade står for ”råttenskap”.¹⁰⁴ Mens rade/rada sjelden ble oversatt med råttten i radesykenes samtid (unntakene er i Mumsens dagbok og i Kraus’ oppslagsverk), blir det altså her, på begynnelsen av 1900-tallet, anført i tre sentrale oppslagsverk. I *Nordisk Familjebok* hevdes det imidlertid, omtrent på samme tid i tråd med den eldre tradisjon, at *rada* kommer av elak eller ond.¹⁰⁵ Mot slutten av århundret har Aschehoug og *Gyldendals Store norske leksikon* derimot følgende påstand for oppslagsordet radesyke: ”Radesyke (rade, norsk dialektord, ”stygg”).”¹⁰⁶ Det er interessant at *Store norske* har stygg som eneste betydning, det er nærmest uten forelegg i den etymologiske tradisjon. Som vi har sett, har stygg sjeldent vært angitt, bare i en av de norske primærkildene (Munk). Oppslagsverket *Ordbog over det Danske Sprog* viser til at ”radesyke” er norsk, og at første ledd antagelig skriver seg fra det norske raten, ”daarlig”.

¹⁰³ Blangstrup, *Salomonsens Konversationsleksikon*.

¹⁰⁴ Ibid; Bull, Eskeland og Schieldrop, *Gyldendals store konversasjonsleksikon*.

¹⁰⁵ V. Leche, *Nordisk familjebok: Uggleupplagan*. (Stockholm: Nordisk familjeboks förlag, 1904-1926), bd. 22, s. 848.

¹⁰⁶ Henriksen, *Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon*.

Vi har altså et ord hvis opphavshistorier er varierte og mangfoldige. I lys av dette er det neste spørsmålet hvordan disse ulike *begrepsmessige* opprinnelseshistoriene speiler forståelsen av selve *sykdommens* opprinnelse.

2. Sykdommens opprinnelseshistorier

At det hersket en stor interesse for sykdommens opprinnelse, gjenspeiles i det meste av det materialet som omhandler radesyken på 1700-tallet, enten dette er trykte tekster eller håndskrevne brev. Dette er kanskje ikke særlig overraskende gitt periodens interesse for opphavshistorier. På det filosofiske området er et kjent eksempel på denne interessen filosofen Jean-Jacques Rousseau's verk *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*,¹⁰⁷ og innenfor medisinen er det mest berømte eksemplet samtidens omfattende debatt vedrørende den veneriske sykdoms opprinnelse, om hvorvidt den stammet fra den gamle eller nye verden.¹⁰⁸

I 1778 ble det nedsatt en kongelig kommisjon for å "forfatte en almindelig Plan til virksomme Foranstaltninger imod Rada-Sygen i Norge."¹⁰⁹ Noe av det første kommisjonen gjorde, var å forlange beretninger fra alle landets prester vedrørende radesyken. Det ble formulert fem ulike spørsmål man ønsket besvart. Spørsmål to er av særskilt relevans i denne forbindelse: "Naar Sygdommen først i Meenigheden har yttret sig? Og hvorlænge det kan være siden? Hvorefter den derefter har tiltaget og videre udberedt sig eller og aftaget?"¹¹⁰ Spørsmålet om radesykens opprinnelse er altså et av kjernespørsmålene som kommisjonen ville ha svar på i sitt forsøk på en systematisk kartlegging. Hva betyr dette? Hvorfor er det så viktig å etablere en opprinnelse før man gir seg i kast med oppgavene med å takle radesyken? Deler av svaret finnes i samtidens naturhistorie. Skulle man kartlegge et fenomen, hadde redegjørelser for dets historiske genese en naturlig plass. Det hørte rett og slett med til sjangeren. Undersøkelser av denne typen finner man for norske forhold i biskop Pontoppidans norske naturhistorie,¹¹¹ men også i samtidens mange topografiske avhandlinger.¹¹² Det dreide

¹⁰⁷ Jean-Jacques Rousseau, *Om ulikheten mellom menneskene: dens opprinnelse og grunnlag* (Oslo: Aschehoug, 1984 [1755]).

¹⁰⁸ McAllister, "Stories of the Origin of Syphilis".

¹⁰⁹ Kongelig forordning av 14.1.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

¹¹⁰ Brev fra radesykekommisjonen til alle landets biskoper, datert 25.6.1778, samme sted.

¹¹¹ Erik Pontoppidan, *Det første Forsøg paa Norges naturlige Historie: forestillende dette Kongeriges Luft, Grund, Fielde* (Kjøbenhavn: Ludolph Henrich Lillie, 1752).

¹¹² Foregangsmannen her var Hans Strøm og hans monumentale topografi over Sunnmøre; Hans Strøm, *Physisk og oekonomisk Beskrivelse over Fogderiet Søndmør, beliggende i Bergens Stift i Norge: oplyst med Landkort og Kobberstykker* (Sorøe/Kjøbenhavn: Jonas Lindgren, 1762). Etter ham fulgte en hel rekke topografier over Norges ulike steder, for noen få eksempler se f.eks. Hans Jacob Wille, *Beskrivelse over Sillejords Præstegield i øvre Tellemarken i Norge tilligemed et geographisk Chart over samme* (1786); J. N. Wilse, *Physisk, oekonomisk*

seg ikke om historisk kunnskap for historiens egen skyld, men var et ledd i en altomfattende beskrivelse av sykdommen. Svarene på spørsmålene fra radesykekommissjonen utgjør en relativt stor andel av det materialet jeg befatter meg med nedenfor. Men jeg har også sett på andre beretninger i arkivene, fra leger og embetsmenn i samme periode, og jeg har forholdt meg til trykte beretninger om radesyken over et større tidsspenn.

De fleste av disse fortellingene om radesykens opphav ble ikke primært utformet av nedskriveren. Nedskriverne var hovedsakelig embetsmenn ansatt av enevoldskongen, som på forespørsel uttalte seg vedrørende radesykens opprinnelse. Men de presiserte omhyggelig at de ikke selv var fortellingenes produsenter, og lokaliserte dem til allmuens øvrige arsenal av fortellinger. Ikke bare refererte de til en folkelig produksjonskontekst for fortellingene, de kalte også ofte fortellingene sagn, vandresagn, eller myter. Embetsmennene, nedskriverne av disse fortellingene, er opplysningens menn, fornuftens talsmenn, som understreker at slike sagn skal man ikke nødvendigvis ta på alvor. I likhet med hvordan Biskop Pontoppidan baler med spørsmålet om sjøormens eksistens i *Norriges Naturlige Historie*, en observasjon han har latt seg fortelle og ikke selv sett ved selvsyn, er disse embetsmennene også svært usikre på sannhetsgehalten i disse historiene. Dette påvirker også hvordan historien blir skrevet ned. Ofte er den full av tekstlige forbehold av typen ”angivelig”, ”visstnok”, ”etter sigende” etc, og ofte brukes uttrykket ”almindelig Sagn”. Samtidig sniker det seg ofte elementer inn i teksten som ikke hører til i en folkelig fortelling: ord fra den medisinske diskursen, latinske termer eller referanser til andre lignende hendelser. Fortellingene blir også oftest tatt på alvor i tekstens videre forløp. Ikke bare er det slik at tekstprodusentene i sine påfølgende redegjørelser for sykdommens natur ofte refererer til opphavshistorien for å legitimere sine synspunkter, det er også slik at de bruker fortellingene for å angi opprinnelsestidspunkt og -sted.

Hvordan skal man så nærme seg disse opphavsfortellingene? Det er påfallende hvordan man i radesykens historiografi ikke har gitt slipp på spørsmålet om opprinnelse, som om det skulle bringe en nærmere gåten om radesykens sanne natur. Logikken synes å være at dersom man finner ut av når og hvor sykdommen først startet, har man også et bedre rammeverk for å forklare sykdommens enhet. Opprinnelsen blir dermed ofte brukt som en nøkkel til hvordan sykdommen videre utvikler seg, til hvordan den i ettertid preger dem som rammes av den, og altså også som nøkkel til selv sykdomsidentiteten. Siden opprinnelsen stort

og statistisk Beskrivelse over Spydeberg Præstegield og Egn i Aggershuus-Stift udi Norge, og i Anledning deraf adskillige Afhandlinger og Anmerkninger deals Norge i Almindelighed, deals dens Østre-Kant i Særdeleshed vedkommende, med nødvendige Kobbere og Bilager, efter 10 Aars egne Undersøgninger (Christiania: 1779).

sett holdes opp mot en nåtidig diagnose som fortolkende kategori, fører undersøkelser av opphavsmyster ofte til anakronistiske sykdomshistorier.

Denne type tilnærming har hatt en av sine sterkeste kritikere i Michel Foucault. I teksten "Nietzsche, la généalogie, l'histoire" viser han hvordan den tradisjonelle jakten på opprinnelse impliserer en jakt på totalitet og ensrettethet. Dette blikket på den rene opprinnelsen, hevder han med Nietzsche, innebærer en søking etter en eksakt essens, etter noe nødvendig, som går forut for det tilfeldige. Det å skulle forsøke å påvise en opprinnelse er således å etterstrebe tingenes kjerne, å påvise tingens overenstemmelse med seg selv, dens identitet. Han avviser derfor opprinnelsen som et historiografisk prinsipp, fordi det ikke finnes en kronologisk begivenhetskjede som stråler ut fra et forutbestemt og allestedsnærværende utgangspunkt. Opprinnelse, sier Foucault, er ikke et åsted for gjennomslutning mangfold, og tilhører ikke ontologier eller evige sannheter.

Foucault må gis rett i sin kritikk av historikerens bruk av målestokker som ligger utenfor historien, og av den teleologiske fremgangsmåte slike tilnærminger ofte impliserer.¹¹³ Allikevel mener jeg at opprinnelseshistorier er verdt å undersøke, ikke for å gjenopprette en tapt identitet i en fortidig sykdom, men for å prøve å forstå hvorfor de opptrer (og av og til også forsvinner) og hvilke virkninger de kan ha – på de som lider av sykdommen og på de som fortolker den i samtiden. Samtidig, og det er det viktige i denne forbindelse, utgjør de vesentlige, og i stor grad neglisjerte innganger til sykdommenes historie. De forteller noe vesentlig om hvordan sykdommene etableres som objekt. Objektet radesyke, slik det fremstår for de som forholder seg til den på 1700-tallet, er vanskelig å løsrive fra disse opphavshistoriene.

Min hensikt med å gå gjennom noen konkrete opprinnelseshistorier er dermed ikke å drøfte sannhetsgehalten i disse historiene. Snarere har jeg ønsket å spore de forbindelser disse fortellingene inngår i, hvilken kontekst de dukker opp i, hvem som bruker dem og hvordan, og på hvilken måte dette får innflytelse på ettertidens resepsjon. I det følgende vil jeg løfte frem historier som stort sett har blitt glemt, og vise at i samtiden var denne historien bare en av svært mange mulige. Hvordan denne kakafonien av forskjellige stemmer ble konsensus ettersom tiden gikk, uten at nye fakta kom til, er et av de mest interessante momenter i radesykens historie.

I radesykens historiografi har én historie fått dominere, og det er historien om et russisk orlogsskip som kom til Egersund rundt 1710. Det er en viktig fortelling, ikke bare

¹¹³ På engelsk foreligger den som Foucault, "Nietzsche, Genealogy, History," s. 76-77.

fordi den har vært den dominerende historien, men også fordi den har vært brukt bredt for å argumentere for et særlig synspunkt: at radesyken var en kjønnssykdom.

2.1. Det russiske orlogsskipet

Historien om det russiske orlogsskipet stammer fra kirurgen Honoratus Bonnevie i Mandal. Fortellingen hans foreligger som ledd i et brev han skrev i 1776 til Collegium Medicum, det øverste råd i medisinalsaker i Danmark-Norge.¹¹⁴ Brevet er først og fremst en refleksjon rundt problemet radesyke, og en redegjørelse for den ubetingede suksess forfatteren har hatt med å behandle mennesker med sykdommen. Midt inne i denne lange redegjørelsen kommer så en historie om radesykens opphav. Bonnevie presiserer innledningsvis at han ble fortalt historien av noen eldre pasienter han hadde hatt til behandling i Egersund da han for 18 år siden var sendt dit av provincialmedicus von See:

Iblant disse anmeldte Patienter befandt og gl. Folk at bo til 70 Aar og over, som fornemmel: med Scabies Sicca behæftede, ieg tog Anledning af deres høye Alder at tilspørge dem om RadeSygen længe havde været bekjent og grasseret i de Ægne. Hvor paa ieg af nogle eenstemmig blev underrettet, at udi deres Ungdom var RadeSyge gandske ubekjendt indtil udi et af Aarene 1709 eller 1710, hvilket af disse Aar kunde ej erindres, da udi Nærhed af Stavanger paa een Skibs Havn, skal have lagt et Russisk Orlogsskib vinter Lage, hvor paa havde været een Deel Rygesløst Mandskab, som søgte Conversation med det Nordske Quinde=Kiøn der i Havnen, og omgrænsende Gaarde, hvilke i Jule-tiden alt var bekjendte, og blev inladet med udi de Nordskes Forsamlinger, der effter lige saa de Nordske Fruentimmer undertiiden omborde at besøge Russerne, og ved slige Samlinger faaet bedre Bekjendtskab, og dereffter paa begge sider nærmere Omgjænger hvorved formodes at Russerne meddelt vores Nordske Fruentimmer nogle af deres Russiske eller rettere Veneriske Frugter (saadant observeris endnu ved Skibsfolk i Havn). Thi, beretter disse gamle Folk, at kort Tiid effter at Skibet derfra bort seylet, begynte adskillige af de Quindfolk som havde været med udi dette Russiske Seldskab at blive Syge, men derhos casquerede deres veneriske Frugter, og til deels søgte at komme bort af Æggen hvor de som ubekjendte kunde søge Raad, og nogle af dem saa længe dermed omvandre indtil Part. Genit. eller Pudenda saa ulcererede at de ey kunde gaae, og tillige udi Halsen og flere Stæder været saa stærkt angreben at de deraf vare omsiider creperede udi miserable Omstændigheder af Stank etc: da de ikke havde søgt betienlig Hielpemidler.

Teksten foreligger bare som håndskrevet dokument i det norske riksarkivet, og har aldri vært trykket i sin helhet. Da den ble skrevet hadde Honoratus Bonnevie oppholdt seg 18 år i Mandal som kirurg. Han var født i 1726 og tok eksamen ved det Anatomisk-kirurgiske Teater i København i 1749. Til tross for at han ikke hadde noen medisinsk embetseksamen ble han, i mangel av leger, konstituert av stiftsphysicus til å utføre de forefallende ”lægeforretninger” i Mandals len.¹¹⁵ Brevet det ble sitert fra ovenfor er på totalt 26 tettskrevne sider, er datert 26.8. 1776, og søker å gi opplysning om radesyken, som på denne tiden grep alt mer om seg i sørvest-Norge. Innholdsmessig er det et brev som forsøker å gripe radesyken terminologisk så vel som klinisk. Bonnevie presenterer en rekke sykehistorier, koblet med utførlige beskrivelser av hvordan han har behandlet dem, med stor suksess på et unntak nær.

¹¹⁴ Honoratus Bonnevie, brev til Collegium Medicum 12.8.1776, RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

¹¹⁵ Øivind Larsen, Anne Sofie Frøyshov Larsen og Bent Olav Olsen, *Norges leger*, 5 bind (Oslo: Den norske lægeforening, 1996), bd. 1, s. 389.

Beskrivelsen er tørr, og selv om han ikke refererer direkte til internasjonal litteratur, demonstrerer han en god kontroll av det medisinske vokabular og de tekniske termene i samtiden. Brevet kan godt ha fungert som en indirekte stillingssøknad for kirurgen, for allerede året etter ble han ansatt som subchirurgus i Mandal med fast lønn, en kontrakt som ikke var vanlig på den tiden.¹¹⁶

Det er neppe tilfeldig at fortellingen er lagt til tidspunktet under Den store nordiske krig (1700-21, Norge var med 1709 til 1720). Den skapte krisetid i befolkningen, og for Danmarks vedkommende ble hovedstaden København rammet av den største demografiske krisen siden svartedauden. En tredjedel av befolkningen døde i pest. For nordmennene ble den massive utskrivningen av soldater en stor belastning, og den påfølgende mangel på familieforsørgere førte til stor nød i årene 1710-1720. Radesykens opprinnelse ble altså i Bonnevis fortelling lagt til et tidspunkt som i utgangspunktet var preget av krisetid. Hva så med hovedpersonene, hvorfor er det russere som får spille en så sentral rolle? Allerede under Den store nordiske krig begynte samarbeidet mellom Russland og Danmark-Norge å slå sprekker. Våren 1718 tilbød den russiske tsaren å støtte svensk erobring av Norge mot at svenskene avstod baltiske provinser og finske len. Og senere i århundret var det eiendomsforholdet til Slesvig-Holstein som satte forholdet mellom Russland og Danmark på prøve. Gottorpenes andel av Slesvig hadde blitt avstått til danskene etter freden i 1720, men i 1762 lyste Karl Peter Ulrik, som både var gottorper og nykronet russisk tsar, krig mot Danmark for å vinne den igjen. Bare et kupp i Moskva hindret en stor og mektig russisk armé fra å komme i kamp med en dansk-norsk styrke ved den sørlige grensen av riket. Russiske og danske interesser stod således mot hverandre i store deler av århundret. Det er i alle fall interessant at det *Jydske Syphiloid*, en sykdom som herjet Jylland noe senere, har en helt tilsvarende opphavshistorie: om et russisk skip som strandet på Skagen, og hvis russiske matroser brakte sykdommen med seg til lands.¹¹⁷

Hvilke retoriske strategier er det da Bonnevie tar i bruk i denne fortellingen, som har gjort at han har blitt så mye sitert? Brevet forøvrig er holdt i en refererende og nøktern stil, og utdraget sitert over fremstår derfor som et stilbrudd, omtrent midtveis i det lange brevet. Stilen er ikke lenger tørr, men mettet med metaforer. Det opprettes blant annet en annen fortellerstemme. Fortelleren er ikke lenger Honoratus Bonnevie, men gamle folk han har kommet i snakk med. Fortellingens troverdighet understrekes ved forskjellige virkemidler.

¹¹⁶ Ibid. Lønnen var riktignok ikke stor; 100 rd. i tillegg til 10 rd. per pasient han kurerte i sitt eget hus, som han hadde innrettet til sykestue. Mer om dette i kapitlet om radesykehusene.

¹¹⁷ Edvard Ehlers, *Folkesyphilis i Danmark* (København: H. Koppel, 1919), s. 21.

For det første får vi høre at det ikke er én, men flere, som "eenstemmig" fortalte ham dette han nå gjenforteller. Det er altså intet folkelig sagn vi får høre, men en objektiv versjon som er bekreftet av flere. For det andre er teksten forbausende detaljert gitt at det som fortelles for det første er blitt fortalt tekstens forfatter 17 år tidligere, og for det andre at hendelsene det blir fortalt om den gang lå ytterligere 50 år tilbake i tid. Vi får høre i detalj om hvordan russerne og nordmennene ble kjent. Nærmest manisk repeteres det igjen og igjen hvem som besøkte hvem, og det er nærgående skildringer av hvordan sykdommen senere utspilte seg til skrekk og advarsel. Gjennom denne detaljeringsgraden i fortellingen blir begivenheten omtrent nærværende som hendelse.

Bonnevies fortelling har, som vi har sett, et kronologisk punkt festet til årene 1709 eller 1710. At fortellingen er pålitelig, og ikke representerer en løsaktig omgang med fakta, blir understreket ved at han tyr til et retorisk knep som impliserer åpen tvil: tidspunktet kan ikke fastlegges helt presist: "et af Aarene 1709 eller 1710, hvilket af disse Aar kunde ej erindres". Til gjengjeld blir vi som lesere rimelig sikre på at det virkelig skjedde en gang rundt 1710, og ikke for eksempel i 1730. Tidsaspektet i fortellingen er også interessant på en annen måte: Bonnevie beskriver nåtiden, ved å ta utgangspunkt i den tragiske sykdommen han observerer rundt seg. Samtidig forholder han seg i en og samme fortelling til et punkt i 1758 (fortellingens produksjon) og i 1709-10 (tidfestelsen av hvem, hva, hvor). Tidserfaringen som produseres gjennom vektleggingen av forskjellige perioder, gjør at det som fremstår som lineær tid ikke blir sammenfallende med den opplevde tiden.¹¹⁸

Fortellingen dreier seg altså om hvordan et "ryggeløst" mannskap på et russisk orlogsskip kommer i kontakt med stedets kvinner da de overvintrer i en havn nær Stavanger. Det som derpå skjer er det dramatiske utgangspunktet i fortellingen, en hendelse som bare antydes og ikke gjøres eksplisitt, men som samtidig ikke etterlater tvil om hva som har skjedd: de "nærmere Omgængelser". Det er et uttrykk som kommer i flertall, som for å presisere at det har skjedd flere ganger. Hva slags overføring er det som har funnet sted ved de "nærmere Omgængelser"? Det får vi et helt konkret svar på: noen av mannskapets "russiske eller rettere veneriske frugter" har blitt meddelt de norske kvinner. Forfatteren vet åpenbart ikke helt om han skal kalle det som overføres til norsk jord for en russisk eller venerisk frukt. Resultatet blir at vi får et inntrykk av at det omtrent betyr det samme, at de kunne ha erstattet hverandre.

¹¹⁸ Paul Riceour, *Time and Narrative* (Chicago: University of Chicago Press, 1984), s. 77.

Hva skal så uttrykket bety? Frukt var en vanlig metafor på 1700-tallet. Det ble ofte brukt for eksempel i beskrivelsen av en gravid mage, og refererte til en frembringelse eller et produkt. Denne frembringelsen kunne være materiell, som når barn ble omtalt som ”Frukt af en Kjærlighedsforbindelse”, eller det kunne være immaterielt, i betydningen konsekvens eller resultat.¹¹⁹ Frukt ble også brukt som analogi for smitte. Bildet av råttne frukt, hvor forråtnelsen spredte seg fra en frukt til en annen, borget for analogien. Ordet venerisk, på den annen side kan ha to betydninger. Ordet er derivert av Venus, kjærlighetsgudinnen. Det kunne implisere mer generelt det som hørte til eller var knyttet sammen med seksuelt begjær og samleie. Men det kunne også bety resultatet av samleie med en person som lider av venerisk syke. I den første betydningen impliserer uttrykket *veneriske Frugter* hovedsakelig en moralsk fordømmelse; frukt av eller straff for en syndig handling, nemlig illegitimt samleie. Følges den første betydningen innebærer utsagnet også en etiologisk slutning; venerisk frukt er da å forstå som resultat av en smitte fra en person som har en kjønnssykdom. Det å betegne hendelsen med uttrykket *venerisk frukt* innebærer i begge tilfeller å understreke det som ved temporale suksesser bare antydes i fortellingens struktur, nemlig at sykdommen forårsakes av seksuell omgang.

2.2. Alternative samtidige fortellinger om radesyvens opprinnelse

Som jeg snart skal vise, var Bonnevis fortelling på langt nær den dominerende i hans samtid. Tvert i mot, på 1700-tallet ble et mangfold av samtidige eksisterende fortellinger gitt en tilsvarende oppmerksomhet i den medisinske og den offentlige diskursen. Så tidlig som i 1799 uttrykte en apoteker sine frustrasjoner over disse alternative fortellingene i sin bok om radesyken:

Det har været et Spørgsmaal i lang Tid, om Radesygen er en i Landet indkommen nye Sygdom. Jeg har i Norge hørt forskjellige Meninger desangaaende, men jeg fandt ingensteds, at dette Spørgsmaal var decideret; iblant har det været besynderlig nok at høre de høist urimelige Formodninger og modsatte Meninger, man har gjort sig om Radesygens Herkomst og Aarsag; forskjellige og modsatte maatte og Begreberne i lang Tid blive om en Sygdom med et nyt Navn.¹²⁰

Nettopp det Mülertz kaller de ”modsatte Meninger” er det jeg vil undersøke videre. Hans beskrivelse av et eksisterende mangfold av opphavsfortellinger bekreftes da også ved en gjennomgang av det arkivmaterialet og de publiserte bøkene som behandler

¹¹⁹ Jfr. sitatene i Dahlerup, *Ordbog over det danske sprog*, se <http://ordnet.dk/ods/opslag?opslag=frugt> (oppसøkt 10.06.07).

¹²⁰ Johan Carl Mülertz, *Bidrag til Oplysning om Radesygens Natur og bedste Lægemaade* (Kjøbenhavn: P.M. Liunge, 1799), s. 33.

radesykespørsmålet på 1700-tallet. Så å si alle som tar for seg radesyken har en historie å fortelle angående dens første opptreden i samfunnet. Det ser ut til at det også var en stor offentlig interesse for opprinnelsesspørsmålet, som blant annet kom til uttrykk i radesykekommisjonens innlemmelse av spørsmålet i brevet til prestene i 1778.

Som apotekerens klager viser, sirkulerte det en rekke forskjellige opprinnelsehistorier i samtiden. Det er umulig å referere til alle, men for å gi et visst inntrykk av de forskjellige historiene, har jeg kategorisert dem grovt i tre forskjellige grupper: Fortellingene i den første gruppen fokuserer på hvordan radesyken alltid har vært en del av det norske samfunnet. I den andre gruppen har jeg samlet de fortellinger som postulerer en oppkomst i Norge, til et bestemt sted på en bestemt tid. Den tredje gruppen fortellinger forteller alle en historie om at sykdommen ble introdusert fra et fremmed sted.

2.2.1. Radesyke har vært i Norge til alle tider

Mange forteller historier som går ut på at radesyken alltid har vært i Norge. Presten Johann Grøn Lund fra Østre Moland forteller at ingen kan "sige mig, enten naar, eller ved hva leilighed Radesygen er aller først indkommen i Kaldet, men vel, at den er gammel."¹²¹ I disse fortellingene har radesyken altså ikke fått noen spesifikk kronologisk begynnelse. C. E. Mangor, fremtredende lege i København og senere medlem av Collegium Medicum,¹²² knytter radesyken til en slags norsk førhistorie – og tidfester den til den perioden Norge først ble befolket. Tekstens anliggende er å befeste radesyken som en sykdom avhengig av klima og levemåte. Siden denne stort sett har vært lik opp gjennom århundrene, må radesyken ha eksistert i lange tider, og en spesifikk fortelling blir dermed umulig. Dette forhindrer imidlertid ikke at teksten fremstår som et slags nasjonalepos, det vil si som beretningen om hvorfor og hvordan radesyken har blitt en norsk sykdom. I sin avhandling om radesyken skriver Mangor, som også hadde vært lege ved det første radesykehuset i Kristiansand (fra 1763-64), om sykdommens begynnelse: "Den er ei begyndt i vore Dage, eller i de sidste hundrede Aar, men meget ældre; maaskee 5 eller 6 hundrede Aar gammel, eller fra det første Norge blev meget beboet."¹²³ Senere blir dette brukt til å begrunne hvorfor radesyken ikke kan anses som venerisk sykdom, da "radesygen har været i Norge, længe førend den veneriske opkom i Europa."¹²⁴ For Mangor gir koblingen mellom radesyken og historisk tid to typer forklaringer: For det første forklarer det faktum at radesyken har vært i landet lenge, at

¹²¹ Johann Grøn Lund til radesykekommisjonen 7.12.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

¹²² Danmark-Norges rådgivende organ i medisinalsaker, etablert i 1740.

¹²³ Christian Elovius Mangor, *Underretning om Radesygens Kiendetegn, Aarsager og Helbredelse* (København: Johan Frederik Schultz, 1793), s. 2.

¹²⁴ Ibid., s. 6.

den må høre til levemåten, og altså er nedfelt i landets skikker, og at den dermed kom hit samtidig med at landet ble ”meget beboet”. For det andre knyttes venerisk sykdom til den historiske argumentasjonen, idet nettopp det faktum at radesyken har vært i landet så lenge, utelukket at det kunne dreie seg om en venerisk sykdom.

Apotekeren Johan Carl Mülertz, som utgav en bok om radesyken i 1799, var også av den mening at radesyken ikke er en ny sykdom her til lands.¹²⁵ Hos apotekeren blir det skapt en fortelling av elementer som, til tross for at forfatteren hevder at sykdommen alltid har vært her, kobles til temporale begivenheter. Når han skal sette sammen elementene i sin fortelling, forsøker han å forene det faktum at så mange har omtalt fremmede skip, med sin egen overbevisning om at sykdommen alltid har vært her. Sykdommens flere årsaker kunne ha ”stødt sammen og saaledes afgivet en for Radesygen mer beqvem Frembringelsestid, der da havde afgivet usædvanlig mange med Radesyge; og denne Tid troer jeg vist man kan, uden at feile, henregne til de store Uaar 1740, 1741 og 1742”,¹²⁶ en tid mange, som vi senere skal se, tidfester som radesykens komme her til lands. For å belegge dette henviser han til Gerhard Schøning og ”professor Strøm”¹²⁷ som skriver om at ”en stor uorden paa den Tid herskede i Luften, som bestod deri, at Kulden tiltog om Foraaret, naar den ellers pleier aflade” mens ”Hele sommeren laae landet bedækket med Taage, som kom af Havet, denne hindrede Solens Varme og førte kolde Nordenvinde med sig til Hinder for Frugtbarheden.”¹²⁸ Da hungersnøden som ved et mirakel ble berget ved at havet ble fullt av sild, gjorde dette ifølge Mülertz alt bare verre, for ”overflødig Fiskespise bør ansees som Hovedaarsagerne til Radesygen.”¹²⁹ Slik forklarer han at så mange har festet sykdomsopprinnelsen til årene rundt 1740, men de fremmede skipene blir altså erstattet av dyrtid, tåke over landet, kulde om våren og overdrevet inntak av fisk.

Siden navnet radesyke var nytt, som vi så i forrige kapittel, må sykdommen radesyke i disse fortellingene knyttes til allerede kjente sykdommer i Norge, dersom det skal være plausibelt å hevde at sykdommen, i motsetning til navnet, alltid har vært her. Apoteker Mülertz hevdet for eksempel at det bare var navnet radesyke som var nytt, ikke sykdommen i seg selv. I disse fortellingene blir altså navnet løsrevet fra sykdommen, som kobles til sykdommer som hadde vært kjent i Norge lenge, slik som spedalskhet eller skjørbuk. Physicus i Drammen, for eksempel, Nicolay Arbo, påsto at radesyken var en slags

¹²⁵ Mülertz, *Bidrag til Oplysning om Radesygens Natur og bedste Lægemaade*, s. 36.

¹²⁶ *Ibid.*, s. 37.

¹²⁷ Etter all sannsynlighet presten Hans Strøm, som med sin beskrivelse av Sunnmøre innledet den topografiske tradisjonen i Norge.

¹²⁸ Mülertz, *Bidrag til Oplysning om Radesygens Natur og bedste Lægemaade*, s. 37.

¹²⁹ *Ibid.*, s. 39.

skjorbuk,¹³⁰ mens C. E. Mangor mente at sykdommen best kunne karakteriseres som et forløp med utvikling av forskjellige sykdommer: Det første stadium en slags influensa, det andre stadium en slags skjorbuk, det tredje stadium det som vanligvis ble kalt radesyke, mens sluttstadiet av sykdommen var spedalskhet.¹³¹ Det er i det hele tatt påfallende hvordan synet på sykdommens natur var intimt knyttet til fortellingen om opprinnelse. Ikke bare tenderte de opprinnelsesfortellinger som forfektet en kontinuerlig tilstedeværelse av sykdommen til også å inneholde medisinske argumenter for en identitet mellom radesyke og spedalskhet eller skjorbuk. Det var også slik at praktisk talt enhver som identifiserte radesyke med spedalskhet eller skjorbuk, fortalte en historie om hvordan radesyken alltid hadde vært tilstede i det norske samfunnet.

2.2.2. Sykdommen hadde sin første opprinnelse i Norge

Den andre gruppen fortellinger utgjøres av dem som forfekter at sykdommen hadde sin opprinnelse i Norge til en bestemt tid og sted. Noen av disse historiene rapporterer at sykdommen var brakt inn i distriktet ved at innbyggerne hadde fått den andre steder i landet: Ifølge presten i Hegbostad var radesyken ”temmelig gammel” i prestegjeldet. Den skulle først ha forekommet for omtrent 55 år siden på en gård ”hvor en Mand, der, efter Fortelling, var bleven befænget i Tellemarken med denne sygdom, bragte den hjem til sit huus og omliggende Naboers besmittelse. Derefter spredde den sig ud efter haanden i heele sognet.” Samme prest forteller også at sykdommen grep ytterligere om seg for 14 år siden, da det kom en ”Karl” hjem fra Østlandet ”befænget med dette fordærvelige Onde, hvormed flere af ham blev befængte.”¹³²

Også mer nærliggende områder ble pekt ut som opprinnelsessteder: ”da det heder at en Tieneste Dreng av bemeldte Hølle Annex skal have bragt Sygdommen med sig fra Hvidingsøe i Kennerøe kald, hvor han nogetid havde tienet.”¹³³ Fortellingene peker også ut mulige smittebærere og sydebukker, samfunnets utstøtte, nemlig tiggerne og de omreisende. I Strand sogn ble sykdommen først sett i ”Hølle Annex i en viss Strækning kaldet Gilje-Dalen [...] hvorav mand har givet den Navn av Gilje-Sott, og skal være kommen der av Omstreiffere som uden Pass ei har lovt røre sig længere ind i Bygderne, men for Beleiligheds skyld, i tilfælde at blive eftersøgt, og da snarest igien at kunde komme til Fields, havde der

¹³⁰ Arbo, *Afhandling om Radesygen eller Salt-Flod*.

¹³¹ Mangor, *Underretning om Radesygens Kiendetegn, Aarsager og Helbredelse*.

¹³² Presten i Hegbostad, A. Schielderup til radesykekommissjonen 13.10.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

¹³³ Sognepresten i Strand til radesykekommissjonen 1.12.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

opholdt sig.”¹³⁴ Slik radesyken i Bonnevis fortelling fikk navnet Egersundsyken, har vi her et annet eksempel på at sykdommen får navn etter der den først dukket opp. Presten Bache i Sirdal forteller at ”[i] Sirdahl fandt denne Sygdom først Indgang for 6 Aar siden paa denne Maade: En Betler fra Fiotlands Sogn kom til en Bondegaard i Sirdahl kaldet Egeland, denne Betler havde Radesygen, bondekone Anna Torgesdatter Egeland der endnu levde for kort siden berettede mig: hun fik Radesygen ved at smøge Tobak af Betlerens Pibe.”¹³⁵ Bache fortsetter med å referere til følgende fortelling: ”et annet paralelt Exempel er dette: Konen Tory Mydland af Gyland Sogn fik Radesygen paa denne Maade: hendes Spædbarn diede en fremmed kone, som havde denne Syge, Barnet tildiede sig Sygdommen, anstak sin egen Moder og atter Moderen anstak sine andre 5 Børn.” Begge disse fortellingene kunne presten funnet i en av samtidens lærebøker om venerisk sykdom, piperøyking var nemlig helt fra 1500-tallet etablert som en av årsakene til den franske sykdom, likeledes overføring mellom en amme og det diende barnet.¹³⁶

En annen populær historie rapporterte hvordan sykdommen oppstod gjennom overføring fra hest til menneske. Presten i Valle forteller blant annet: ”Nogle regner den fra en Tiid, /: som er længe siden:/ at Man udi en grasserende Kighoste brugte Hoppe Melk at drikke, og da de samme haver været betagne med Skab, har der paa denne Cuur fulgt et ondt Udslett paa Dem, som hafde brugt dette Raad, hvilket og har yttret sig i disse deres Afkom.”¹³⁷ At det ble brukt hoppemelk mot sykdommer, er ikke en overraskende opplysning. Særlig ble nymelket hestemelk mye brukt i folkemedisinen mot ulike sykdommer som forkjølelse, tæring, og svindsot.¹³⁸ Presten i Oddernæs gjenforteller en tilsvarende historie:

[D]et kan omtrænt være 40 Aar siden, at Sygdommen først yttrede sig her i Prestegieldet, og det, som fortælles, ved følgende Anledning: En Dreng herfra Sognet, der var reyst vester paa Landet, og der raadet at dricke Hoppe-melk, for at blive cureret af en viss Syge, traff ulykkeligvis paa en Hoppe, som var syg af Sotten, at han fik samme Sygdom, som Hoppen, og befængte Andre, hvor sandt dette kan være, vil jeg lade andre dømme om, saa

¹³⁴ Samme brev. Ifølge Reichborn-Kjennerud kan denne etymologien ikke medføre riktighet, da navnet Giljesott kommer fra det tyske gjlja, elske, og skal svare til det tyske Geile Seuche, elskovssyke. Reichborn-Kjennerud, *Vår gamle trolldomsmedisin*, bd. IV, s. 157.

¹³⁵ Presten i Bakke i brev til radesykekommissjonen 11.11.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

¹³⁶ Selv om det ikke dreier seg om radesyken, er det fristende her å referere til C. E. Mangors opplysninger i Landapoteket om hvordan ”frantzoser” kan spre seg: ”inde i Landet, ved Hestevrangere, omløbende Jøder og andre slige omflakkende Folk.” Christian Elovius Mangor og Johan Clemens Tode, *C.E. Mangors Land-Apothek til danske og norske Landmænds Nytte* (Kjøbenhavn: J.H. Schubothe, 1803 [1767]), s. 321.

¹³⁷ Presten i Valle 20.10.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

¹³⁸ Fredrik Grøn refererer til en håndskrevet legebok av en mann ved navn I. F. Munthe, som anbefalte hoppemelk mot svindsot og tæring. Se Ingjald Reichborn-Kjennerud, Isak Kobro og Fredrik Grøn, *Medisinens historie i Norge* (Oslo: Kildeforlaget, 1985), s. 167. Wille forteller at hoppemelk ble brukt ved tæring i øvre Tellemarken: Wille, *Beskrivelse over Sillejords Præstegield*, s. 273. Dette er også beskrevet hos Johan Michael Lund, *Forsøg til Beskrivelse over Øvre-Tellemarken i Norge* (Kjøbenhavn: 1785), s. 39. For hoppemelk ved forkjølelse se Reichborn-Kjennerud, *Vår gamle trolldomsmedisin*, bd. IV, s. 85.

meget er dog visst og sandt, at Sotte-Sygen yttre just samme virkninger paa Hæste, som Radesygen paa Mennesker.¹³⁹

Frantzoser eller venerisk sykdom ble ofte betegnet med eufemismen ”En viss syge”, og kan være sykdommen det her dreier seg om, som gutten var syk med før han drakk hoppemelken. Vi ser hvordan presten reserverer seg mot å ta stilling til sannhetsgehalten i fortellingen, men nøyer seg med å bekrefte analogien mellom hestens og menneskets sår. Dette er en analogi som ofte går igjen i materialet. Apoteker Mülertz, som selv tok det standpunkt at sykdommen alltid hadde vært i landet, referer også til en fortelling om hesten:

[E]t Sagn, som jeg dog kun een eneste Gang har hørt fortælle om Navnet Radesygens Udspring og Sygdommens Begyndelse, vil jeg dog anføre, og er dette: at der for mange Aar tilbage skal ved Christiansand eller Stavanger have været en Sorenskriver eller Foged, hvis Søn havde Tæring, hvorfor han drak Hestemelk, men denne Hoppe havde, dog dem uafvidende, Sot, som er en blant Hestene i Norge afskyelig og ulægelig Sygdom; han skal da af denne Melk have faaet en vederstyggelig Sygdom med fælt Udslæt paa Legemet og flydende Saar og Knuder, liig Hestens Sot, hvormed mange Mennesker siden bleve befængte, og de kaldte denne Sygdom Radesyge. Om dette Sagn kan have nogen Connexion med, at Egnen om Stavanger har været anseet for at have mange Radesyge [...] og om det var mueligt, at en med Sot beladt Hoppe kunde ved dens Melk smitte et Menneske og bibringe det denne ulægelige Sygdom, kan jeg ikke sige; vist nok kan saadan Melk umuelig være sund.¹⁴⁰

Sykdommen som kommer på mennesket er lik hestens sotte, og Mülertz hadde åpenbart en viss tro på analogien, til tross for at han uttrykker reservasjon for fortellingen dels ved å presentere den som et sagn og dels ved å bruke formen annen futurum (skal have faaet). Men selv om det ikke knyttes en så sterk troverdighet til fortellingen, brukes den som en klar formaning. Her knyttes en tråd mot samtidens helseopplysningsdiskurs, som nettopp rettet en sterk advarsel mot de hjemlige folkemedisinske praksiser.¹⁴¹ Det fremheves at en slik melk umulig kan være sunn, og sagnet om radesyken som kommer av hoppemelk blir dermed en anledning til å skremme folk fra å bruke det Mülertz anser som en skadelig praksis. Historien blir således en anledning til å oppfordre til at det ble ”undersøgt, om Mennesker kunde smittes ved at drikke Melk af en med Sot beladt Hoppe; oplyst herom kunde vi blive ved rigtig anstillede Forsøg, der jo kunde skee paa Forbrydere”.¹⁴²

Mülertz refererer i denne diskusjonen til C. E. Mangor, som i sin bok om radesyken hadde ment at sykdommer fra dyrene ikke kunne gå over på mennesket. Det Mangor referer til her, er imidlertid ikke konsum av hoppemelk, men det å ri på sottebefengte hester uten sal, en annen versjon av denne fortellingen som også relativt ofte forekommer i materialet.

¹³⁹ Brev fra presten i Oddernes til radesykekommisjonen av 2.10.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

¹⁴⁰ Mülertz, *Bidrag til Oplysning om Radesygens Natur og bedste Lægemaade*, s. 34-5.

¹⁴¹ Se for eksempel Samuel Auguste David Tissot, *Underretning for Landmanden, angaaende Sundheden* (Kjøbenhavn: Fridrich Christian Pelt, 1770). For norsk-danske forhold spesielt, se Signe Mellemegaard, *Kroppens natur: sundhedsopplysning og naturidealer i 250 år, Etnologiske studier* (København: Museum Tusculaneums Forlag, 1998).

¹⁴² Mülertz, *Bidrag til Oplysning om Radesygens Natur og bedste Lægemaade*, s. 35.

Mangor bestrider at det skulle forekomme overførsel av sykdom gjennom en slik handling, fordi man i Danmark rir på skabbete hester like ofte som i Norge, og uten å få sykdommen.¹⁴³ Versjonen av overføring mellom dyr og menneske som han referer til, finnes også i arkivene. Blant annet forteller presten i Mandal følgende historie: "Ellers har jeg hørt en anden Relation, skjønt meere uvis end forrige" om "nogle unge Dreng (jeg ved ikke paa hvilket Sted, ey heller hvor længe siden)" som fikk sykdommen ved å "ride, for at forlyste sig, uden Sadel paa nogle skabbete Hæster."

Fortellingene om overføringen mellom hester og dyr er ikke vanligvis så moralsk ladet, men tilleggsopplysningen vi får her, om at de har ridd for å forlyste seg, er nok ikke tilfeldig – å forlyste seg stod ikke videre høyt i kurs, verken i religiøs sammenheng eller i et samfunn som i stigende grad var orientert mot nytte som en dyd i seg selv. Dessuten har de med vitende og vilje satt seg opp på skabbete hester – og det uten sal. Den formildende omstendighet i historiene om hoppemelken – at hoppemelken var brukt for å kurere annen sykdom i tilfeller der man ikke visste at hesten var blitt syk – er her borte. I denne fortellingen ligger det en klar moralsk komponent, som ikke bare peker henimot en uopplyst praksis, men som støter en gryende pietistisk arbeidsmoral.

Hva er det med hesten som gjør at den trekkes så tydelig inn i radesykens opprinnelse på denne måten? Vi er vant til å tenke på hesten som en ressurs i bondesamfunnet, som bondens arbeidskamerat på jordet. På den ene side er disse fortellingene uttrykk for nettopp det; tanken om nærhet mellom hest og menneske – det er denne nærheten som gjør at sykdommen kan overføres og til og med arte seg på samme måte i de to tilfellene. Vi ser dette fenomenet reflekteres i samtidens folkemedisinske bøker, der det fantes råd mot menneskenes og hestenes sykdommer innenfor de samme permene. Men hestene hadde også en mytologisk status; hestene var fruktbarhetssymbol i bondesamfunnet, noe samtidens håndverksprodukter viser mange eksempler på. Hestene hadde en sentral plass i norrøn mytologi: Odin red som kjent på åttebente Sleipner, og da Tor vant kampen mot jotnene, var belønningen hesten Gullfaks. Hesten var også ansett som gudenes talerør i førkristen offerpraksis.

Kristendommen introduserte et nytt element i oppfatningen av hesten: nå ble det forbudt å spise hestekjøtt, antagelig for å begrense utbredelsen av de hedenske offerritualene.¹⁴⁴ I økende grad ble hestekjøtt omfattet av en forestilling om urenhet, og spising av hestekjøtt ble etter hvert innlemmet som tabu i den folkelige praksis. Samtidig tillla man fortsatt hesten overnaturlige evner i folketroen, og den var regnet som den mest synske

¹⁴³ Mangor, *Underretning om Radesygens Kiendetegn, Aarsager og Helbredelse*, s. 47.

¹⁴⁴ Brita Egardt, *Hästslakt och rackarskam: en etnologisk undersökning av folkliga fördomar* (Stockholm: 1962).

av dyrene.¹⁴⁵ Denne dobbeltheten, på den ene side forestillingen om at hestekjøtt var urent, og på den annen side hestens karakter av mytologisk størrelse og fruktbarhetssymbol, gjorde at rakkeren eller hesteslakteren ble en av bondesamfunnets utstøtte, og måtte sitte på en egen benk i kirken. Det var i de nordiske bondesamfunn store motforestillinger mot ikke bare å spise hestekjøtt, men også mot å flå og drepe, ja endog begrave hester. Etnologen Brita Eghardt har diskutert bakgrunnen for dette i Sverige, og konkludert med at grunnen var at man ble ansett som æresløs hvis man arbeidet med å slakte hester.

I stigende grad ble disse forestillingene av opplysningens menn oppfattet som folketro som skulle og måtte bekjempes. To ganger i løpet av 1700-tallet, i 1759 og 1794, kom det i Danmark-Norge forordninger som forbød forfølgelse av mennesker som flådde og/eller drepte døde hester.¹⁴⁶ I den siste forordningen ble det til og med presisert at siktemålet var ”at udrydde den iblant Land-Almuen paa nogle steder, i Danmark og Norge, indførte daarlige Tanke, at ansee det som en vanærende Gierning at trække Huderne af Heste og andre Kreature.” På tilsvarende vis så vi apoteker Mülertz argumentere mot den folkelige skikk å drikke hoppemelk mot sykdommer. Fortellingene om at radesyken skrev seg fra det å drikke hoppemelk kan sies å gjenspeile denne dobbeltheten hos hesten: På den ene siden et dyr som hadde overnaturlige evner, hvis melk derfor kunne virke helbredende, på den andre siden det urene kjøttet, som gjorde at man også kunne bli uren selv av å konsumere produkter fra hesten.

2.2.3. Radesyken kom utenfra

Den største gruppen av opphavsfortellinger er likevel historiene om at radesyken kom utenfra. Jonas Gislesen, som forsvarte sin avhandling om spedalskheten i 1785 (som han mente var identisk med radesyken) hevdet at sykdommen måtte spores tilbake til de hjemvendte korsfarere.¹⁴⁷ Så langt tilbake er det ingen av prestene som går, men de forteller ulike historier om hvordan sykdommen først ble brakt til Norge av den svenske armé, eller hvordan omreisende eller sjømenn brakte med seg sykdommen fra utlandet.

De fleste av beretningene handler imidlertid om utenlandske skip, slik som i historien om orlogsskipet. Bonnevie refererer i samme brev som jeg har sitert fra over, til en annen fortelling. Også den finner sted i en skipshavn, omtrent på samme tid. Stedet er imidlertid nå

¹⁴⁵ Ibid.

¹⁴⁶ Erling Sandmo, *Tingets tenkemåter: kriminalitet og rettssaker i Rendalen 1763-97* (Oslo: Tingbokprosjektet/Universitetet i Oslo, 1992), s. 52.

¹⁴⁷ Jon Gislesen, *De elephantiasi Norvegica: praeside Jo. Clemente Tode: pro gradu doctoris disputabit* (Havniae: 1785).

flyttet lenger sør, til området rundt Egersund, og det russiske orlogsskipet er erstattet av et dansk skip fra Kina eller Øst-India.

B¹⁴⁸ [de omtalte] gamle Folk berettede ligesaa at i Grændserne af Egersund, denne Sygdom som melt, ogsa grasserede i samme Aaringer der og skal være indbragt formedelst Skibsfolk med Eet Dansk China eller Ostindisk Skiib, som der skal have lagt vinterlage, og er det troeligt at undres at disse løse Qvindfolk saa velsom før ommelte, ved deres Taussshed er omvandred uden at søge behørig hielp, indtil Lues Venerea ulcer, dette Fermentum ej allene udi fluids men og solide doser sig insinueret og mueligt denne contagiøse Sygdom inficeret hver familie i de Huuse eller Gaarde hvor slige Patienter har opholdet sig, deslige Exempler for nogle Aar siden i Arendals og flere Stæder, saa og her i Grændserne er arriveret, at saadan Fruentimmer til Amme er antaged, og derved forplantet samme veneriske Frugter. At dette Malum endel. Ø Generationer eller Transplantationem saaledes have udbredt sig dels imellem Ægtefolk saa velsom løse Familier tvivles vel ikke paa og kand nærmere oplyses.¹⁴⁸

Går vi til de andre presteberetningene fra Kristiansand stift, forteller flere om en historie med utgangspunkt i Egersund. Presten i Helleland, Wibye, forteller således:

Først har Sygdommen yttret sig i Eggersund, nærgrendsende til dette Kald, hvor et fremmed Skib der skal have befængt adskillige af Indbyggerne, og disse har derefter ved Omgang besmittet een og anden i dette Kald, saa at Sygdommen er paa saadan Maade blevet indført til en og anden Gaard, til et og andet Huus i dette Prestegield.¹⁴⁹

Andreas Faye i Egersund prestegjeld gjengir et

almindelig Sagn [som] fastsætter Egersund som det Stæd Sygdommen først har yttret sig i, i det et fremmed Skib for over 30 Aar siden skal være kommen dertil og have medbragt denne Sygdom og dermed befængt nogle af Stædets Indbyggere der igjen ved Omgang med andre har besmittet dem, og saaledes skal Sygdommen i nogle Aar være bleven forplantet fra Naboe til Naboe, fra Bøgd til Bøgd og Sogn til Sogn, indtil en utrolig Mængde, endog i blant de beste Familier, var blevene angrebne af den og den altsaa blev næsten almindelig.¹⁵⁰

Også her er det tale om en skipshavn, beretningen knytter stedet til Egersund i likhet med Bonnevis annen versjon, selv om tidspunktet er et annet: 30 år før skrivetidspunkt blir 1748. Av denne beskrivelsen, som i detaljert form knytter fortellingens elementene sammen både i tid og sted – fra nabo til nabo, bygd til bygd, sogn til sogn – får vi inntrykk av en nærmest selvgående katastrofe som beveger seg i eksponentiell fart. Presten Lassen skriver følgende:

Efter gammel Sagn, Relationer, og de Gamles Udsigende, er Eggersund bleven udmærket, som det første Stæd hvor denne Sygdom allerførst er bleven bemærket. Nogle vil fortelle ved et Russisk der indkommen skib omtrent for 40 a 50 Aar siden af hvis Folk og Mandskab nogle af Stædets Indbyggere, skulle være blevet inficerede, og siden meer og meer tiltaget og udsprede sig fra Stæd til Stæd fra et Sogn til et andet, sluttelig ved Almuens alt for fortroelige og nøyagtige Omgang med hin anden indbyrdes, hvortil ikke lidet bidrager, det hiemkomne unge Mandskab som forhen har været udkommanderet, saavel som og vore udvandrede Matroser, som hiemkomme fra Hollands og deslige udenlandske Farter, da disse og mueligt behæftet med veneriske Svagheder, meddele deres Søkende, Slegtninger og Andre, saavel som ved Mariagie, som med sig noget af det udenlandske hiembragte, som mueligens og i Fremtiden kunde blive en sod til denne onde Rade Sygdom.¹⁵¹

¹⁴⁸ Brev fra Honoratus Bonnevie til Collegium Medicum 12.8.1776: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

¹⁴⁹ Brev fra presten i Helleland til radesykekommissjonen 7.10.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

¹⁵⁰ Brev fra Andreas Faye til radesykekommissjonen 10.10.1778: Samme sted.

¹⁵¹ Brev fra presten i Lund og Næss sogn med Flekkefjord 22.10.1778: Samme sted.

Interessant nok ser vi innledningsvis her en blanding av Bonnevis to versjoner; det russiske skipet er nå forflyttet fra Stavanger til Egersund. Videre presiseres overføringen; det er angitt ordet ”inficerede”. Selve ordet inficere (fra latin in + facere) impliserer en bevegelse, en overførsel av en patogen mekanisme, slik det ble brukt i samtiden, og er nok ikke ordrett hentet fra de folkelige sagn. ”Det utenlandske hjembragte” er Lassens uttrykk som tilsvarer Bonnevis veneriske frukter. Her er det ikke lenger snakk om en engangshendelse, men om et generelt fenomen, som i prinsippet kan oppstå hver gang noen kommer hjem fra tjeneste. Fortellingen knyttes til et preskriptivt element.

Presten i Bergen knytter også an til beretningen om skipet i Egersund, men her er det en helt annen presentasjon av saksforholdet. Forfatteren refererer ikke til et sagn eller en folkelig fortelling, han presenterer seg selv som fortelleren, og det er hans lange erfaring som skal borge for sannhetsgehalten i dette: ”[M]uligens ikkun faa Embedsmænd lever, der har mer og længere Tid vanket iblandt deslige syge Mennesker i Stavanger og Lister Amter, end jeg, som Under, som Subaltern- og som Staabs-Officer i en Tid af 40 Aar, jeg stoed ved det 2^{det} Vesterlehnske Regiment.” Og følgelig: ”Jeg taler af Erfarenhed og med frimodig Innsigt.” Det er påfallende hvordan han verken, som Bonnevie, viser til spesifikke vitner for sin beskrivelse, eller, som Faye, refererer til folkemyten, men tvert i mot fastslår 1740 og Egersund som fakta som teksten ikke etterlater noen grunn til å tvile på. Vitnet er ham selv.

Sykdommen i det bemeldte District fikk sin Begyndelse af et i Egersund indkommen og overvintret fremmet Skib omtrent 1740. Folket derpaa blev sildig befunden at være plaget af den Veneriske Syge; Innvaanerne blev angreben af den samme, og ved det disse tiede, og vare uden duelige Læger; spredte den sig rundt om saa vel til Fields, hvor de lever af sund og frisk Spise, som ud til Søø, hvor de maa nøyes med den ringere, og slettere Mad i alle Maader.¹⁵²

Vi ser at det er en annen type fortelling også. Det dramaturgiske element er her ikke lagt i selve hendelsen, introduksjonen av sykdommen, men mer i spredningen. Sykdommen blir rett og slett kalt den veneriske syge, og da er det ikke behov for noen utlegninger om hvordan sykdommen har spredd seg, det underforstås. Siden det understrekes at den spredde seg både til sjøs og til fjells til tross for store forskjeller i levemåte, sitter leseren igjen med et inntrykk at årsaken til sykdommen må være smitte og ikke levemåte. Presten i Valle prestegjeld forteller om et russisk orlogsskip som skulle ha ligget inne ved Mandal i året 1744, men også om et skip fra Ostindia noen år tidligere:

[D]er var /:om jeg mindes ret:/ i Aaret 1738, eller der før et Kiøbenhavn's Skib fra Ostindien indkommen til Egersund, og laa vinterlag. Samme hafde mange folk betagne /: som da sagdes:/ af Franzoser, eller hvad Sygdommen end var, saa døde dog mange deraf, og derfra er den udbrædt i dette District. I Aaret 1739 tog jigg

¹⁵² Fasting i brev til radesykekommissjonen 5.9.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

Postveien over land fra Stavanger til Christiansand, og erfarede, at paa nogle Stæder laae det heele Huus, og man sagde, at Sygdommen var kommen af Egersund, eller var af samme Art, som den hafde været.¹⁵³

Fortellingen om skipet ved Egersund fikk også nedslag i 1700-tallets medisinske litteratur. Henrik Deegen, som praktiserte som lege ved radesykehuset i Flekkefjord, skriver i sin lille bok om radesyken at sykdommen skulle ha ”bleven indbragt” til Egersund for omtrent 50 år siden ”ved et fremmed Skib”, og ”derfra viidere have udbredet sig hvorfor den ogsaa i Begyndelsen der i Egnen omkring blev kaldet den Egersundske Syge.”¹⁵⁴ Forfatteren presiserer at han ikke har hatt anledning til å etterprøve disse fortellingene:

Rummets fastsatte Grændser, tillader mig ikke her at undersøge, hva enten Egersund bør ansees for det eeneste Sande og positive Sted hvorfra Sygdommen allerførst har udbredet sig; eller om den maaskee tid efter anden kunne være bleven hjembragt af de flittig til Holland og andre fremmede Stæder udvandrede Norske Folk? Eller endelig ogsaa, om den kanske ved Sammenblanding med andre Nationer paa Kysterne skulle være bleven Indbyggerne meddeelt?¹⁵⁵

Mens han ti år tidligere skrev følgende til radesykekommissjonen: ”Hva RadeSygdommens Historie i al Korthed anbetræffer, da fortælles i Almindelighed, at der for nogle og 30ve Aar siden skal udi Egersund være indkommen et fremmet Skib fra Frankrige” hvor ”Skibet samme stæds laae i Vinterlage.”¹⁵⁶ Imidlertid skriver han noe etter i det samme brevet, at ”tilforladelige Efterretninger bevidne annerledes, og at denne Sygdom allerede før den Tid, mange Aar skal have været bekiendt, og indført blant Almuen.”

Jacob Nicolai Wilse legger i sine *Reiseiagttagelser* opprinnelsen av sykdommen til fremmede troppers oppkomst til Norge for å hjelpe oss mot svenskene under den store nordiske krig,¹⁵⁷ og fra Vestre Moland fortelles det om en svensk skipper som lå med sitt skip i Brekkestø.¹⁵⁸ Også lege ved radesykehuset i Bratsberg, Hans Møller, forteller at mange mener den skal ha vært innbragt med fremmede tropper.¹⁵⁹ Men også historier kan ta hevn: fra Sverige får vi høre historier om hvordan sykdommen kommer fra Norge: I Calmar fortelles det at sykdommen kom dit første gang i Karl XIIIs tid gjennom hjemvendte soldater og fanger

¹⁵³ Høyem i brev til radesykekommissjonen 20.10.1778: Samme sted.

¹⁵⁴ Deegen, *Noget om Radesygen*, s. 5.

¹⁵⁵ Ibid.

¹⁵⁶ Henrik Deegen i brev til radesykekommissjonen, Pro Memoria no. 35: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

¹⁵⁷ J. N. Wilse, *Reise-Iagttagelser i nogle af de nordiske Lande: med Hensigt til Folkenes og Landenes Kundskab: først udgivne paa tydsk i det Bernouilliske Verk* (Kjøbenhavn: C. Poulsens Forlag, 1790), bd. 1, s. 27.

¹⁵⁸ Brev fra Sognepresten i Vestre Moland til radesykekommissjonen 28.11.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

¹⁵⁹ Johannes Møller, *Forsøg i det som angaaer det Norske Folks Sundhed*, bind 1:8, *Nye Samling af det Kongelige Norske Videnskabers Selskabs Skrifter* (Kjøbenhavn: Christian Gottlob Prost, 1784), s. 22.

som ble ført dit fra Norge, og derfra videre skal ha utbredd seg fra skipsfolk og en spinnerske fra Stockholm.¹⁶⁰

At de fremmedes transportmedium i de fleste tilfellene plasseres på et skip, er ikke rart gitt datidens transportmidler på kysten, som disse fortellingene hovedsakelig skriver seg fra. Hvis vi ser hva som ble fortalt fra prestene på innlandet, får vi derimot høre om danske ryttere som ble sendt til unnsetning under Den store nordiske krig (Presten i Aal i Hallingdal, som riktignok sier han ikke kjenner til radesyken, så dette er en fortelling om den venerisk syke), og i Østfold om svenske ryttere.¹⁶¹

2.3. De fremmede

”Thi næppe skal kunde nægtes, at denne skrekksomme og ødeleggende Sygdom joe er fra sin første rad et Haan fra fremmede,” skrev Rasmus Peter Langhorn i 1778. Også Claus Juell i Risør og Sønedeled var sikker i sin sak: ”[D]e Personer som ere befængte, har uden Tvivl faaet den ved Omgængelse med Fremmede, som har været behæftet dermed.”¹⁶²

Forestillingene om de fremmede utgjør helt sentrale elementer i disse fortellingene, og bestemmer deres form og struktur. Dertil tilfører de fremmede en annen dimensjon til opprinnelseshistoriene; de blir slik også historier om menneskelige relasjoner, historier som sier noe grunnleggende om hvem som er innenfor og hvem som er utenfor. Det er helt klart et aspekt ved disse fortellingene at ansvaret for noe som er så grusomt ikke kan tåles lokalt, men må plasseres utenfor det egne, i det fremmede, enten dette fremmede nå utgjøres av utenlandske skip eller samfunnets outsiders. Samtidig er det de fremmede *som sådan* som tematiseres, og de forskjeller som måtte være mellom dem utviskes. Det som er viktig er ikke hvem de er eller hvor de er fra eller hva som karakteriserer dem, det er deres funksjon i fortellingen *qva fremmede* som er det sentrale. De fremmede i disse fortellingene er egentlig en svært heterogen gruppe: De kommer fra så forskjellige land som Russland, Østindia, Danmark, Frankrike og Sverige, eller fra en annen bygd, eller de er fra samme bygd, men er lokalsamfunnets utstøtte. Allikevel blir distinksjonene mellom dem helt irrelevante for disse

¹⁶⁰ Friedrich Ludwig Hünefeld, *Die Radesyge, oder Das skandinavische Syphiloid: aus skandinavischen Quellen dargestellt* (Leipzig: L. Voss, 1828), s. 77. Han siterer fra *Sammandrag af berættelser ifrån läkarne i hela riket om veneriska sjukdomen, dess förändringar och urarter*, (Stockholm: A. Gadelius, 1813), s. 69 og s. 90.

¹⁶¹ Wilse, *Physisk, oekonomisk og statistisk Beskrivelse over Spydeberg Præstegield*. Her er det også venerisk sykdom det er snakk om.

¹⁶² Sogneprest til Risør og Sønedeled i brev til radesykekommissjonen av 26.9.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

fortellingene, og for fortellingenes funksjon. Den fremmede har stivnet som kategori, og blitt naturalisert.¹⁶³

Det må imidlertid understrekes at fortellingen om den fremmede som kausalrekkenes utgangspunkt er et kjent fenomen i infeksjonssykdommenes historie, og ikke noe unikt for radesyken. En norsk parallell er skipet som angivelig kom til Bjørgvin med Svartedauden i 1349. I europeisk sammenheng utgjør utbruddet av den veneriske sykdom i Europa i tidligmoderne tid det kanskje mest pregnante eksempelet på slike plasseringer av en sykdoms etiologi i fremmede land. En av de mest oppsiktsvekkende epidemiene som noensinne har forekommet på europeisk jord, brøt ut etter krigen mellom Karl VIII og Alfonso II i Napoli i 1494. Begge tropper var sammensatt av soldater fra en rekke europeiske nasjoner, og da epidemien brøt ut like etter Napolis fall ble det kaos i tropestyrkene. Karl VIII måtte trekke seg tilbake, og døde angivelig selv av sykdommen i 1498. Epidemien ble først beskrevet i Italia i 1495, og den ble angivelig spredd til hele Europa gjennom de multinasjonale troppene til Karl VIII etter at han trakk seg tilbake fra Napoli.¹⁶⁴ Bare et år etter kom det skremmende beretninger fra hele Europa om en fryktelig sykdom som destruerte sine ofre og ble overført ved kjønnslig omgang. "Everyone", skrev den anonyme forfatteren av *A New Method of Curing the French-Pox* to hundre år senere, "to excuse himself, is forward to ascribe to his neighbours the source and original of this distemper."¹⁶⁵ Sykdommen ble kalt "den neapolitanske syke" av franskmennene, "morbus gallicus" eller "den franske syke" av tyskerne og i England. Tilsvarende fikk den i Skandinavia navnet frantzoser eller fransoser. Moskovittene kalte den "den polske sykdom" og polakkene "den tyske sykdom."¹⁶⁶ I Belgia, Holland og i Vest-Afrika gikk den under navnet "den spanske syken", i Portugal ble den kalt "den kastiljanske syke", mens japanerne kalte den "den portugisiske sykdom."¹⁶⁷ Araberne kalte den rett og slett "den kristne syke". Disse forskjellige navnene får den samme virkning som de fremmede skipene i vår kontekst: Ansvar plasseres hos noen som ikke tilhører fellesskapet, enten dette fellesskapet vedrører nasjon eller religion.

De mange navn som den nye sykdommen etter hvert fikk over hele Europa fra 1500-tallet av, fanger inn det som er sentralt i denne sammenheng: at den kommer utenfra.

¹⁶³ Den franske semiotikeren Roland Barthes kaller det naturalisering når historisk spesifikke objekter, hendelser eller ideer får et falskt skinn av tidløshet eller universalitet.

¹⁶⁴ Oriel, *The Scars of Venus: a History of Venereology*.

¹⁶⁵ William Salmon, Thomas Sydenham og P. O. X. French, *A New Method of Curing the French Pox* (London: 1690).

¹⁶⁶ Quétel, *History of Syphilis*, s. 16.

¹⁶⁷ Johan Daniel Hock, *Kundskab om alle slags veneriske Tilfælde og deres fortrinligste Lægemidler* (København: Niels Christensen, 1792), s. 7.

Radesyken fikk aldri navnet den russiske syke eller den ostindiske syke,¹⁶⁸ men historien om orlogsskipet, i likhet med de andre opprinnelseshistoriene, fyller den samme funksjonen som historien om den veneriske sykdoms opprinnelse i Europa: Sykdommen plasseres et annet sted, utenfor det hjemlige, i "det andre". Blant dem som hevdet at sykdommen var smittsom, var det ingen som fortalte en historie om at den startet i lokalsamfunnet, den ble bragt inn utenfra. Radesyken ble bragt, som vi har sett, av fremmede skip, som i Bonnevis beretning, eller, i andre historier, av omreisende sigøynere, av hjemvendte norske sjømenn som hadde hatt kontakt med fremmede kvinner i utlandet, eller svenske soldater som brakte med seg mer enn våpen under den store nordiske krig.¹⁶⁹

Begrepet om den fremmede blir imidlertid i mange av disse fortellingene også utvidet til å gjelde den syke selv. Deres kropp beskrives, som i Bonnevis fortelling, som en beseiret festning. Den syke portretteres som å være uunngåelig gitt over til sykdom og død. Slik blir det opprettet et skarpt skille mellom "den syke" og "den sunne", slik at leseren, som faller i siste kategori, kommer til å betrakte de som er blitt syke som vesentlig annerledes. Funksjonen blir den samme som for de fremmede: De syke tilordnes plass sammen med betlerne og omstreiferne, russisk mannskap eller svenske soldater.

Blant de som på denne måten gjøres grunnleggende annerledes i disse fortellingene, er kvinnene. Til forskjell fra i radesykediskursen for øvrig, er det en grunnleggende kjønnet fortelling vi får høre her. Det er altså ikke tilfeldig hvem som er bærer av sykdommen i første rekke. I Bonnevis sitat ligger en implisitt referanse til samtidens medisinske litteratur. En av de dominerende teorier vedrørende venerisk sykdom var at kimen til den veneriske "gift" (venom) lå i kvinnens vagina, og ble overført til menn via samleie. Mer konkret dreide det seg om at sykdommen skulle oppstå fra en blanding av sæd fra forskjellige menn i den promiskuøse kvinnens skjede. En vanlig teori var at en slik unaturlig blanding ble gjenstand for en sur fermentering i uterus og dermed forvandlet til venerisk gift. Denne teorien impliserte altså også at sykdommen kunne oppstå spontant hos kvinnen, og at samleiet var urent og i siste instans sykt. Hvorfor smitten skulle ha sitt tilholdssted i kvinnens vagina og ikke i menns penis, ble det aldri stilt spørsmål ved.¹⁷⁰ Slike teorier var særlig innflytelsesrike mellom ca. 1670 og 1750, men bleknet noe i andre halvpart av 1700-tallet idet argumentet om

¹⁶⁸ Den får imidlertid, som vi har sett, navn etter opprinnelsessted, som Egersundssyken eller Giljesotten.

¹⁶⁹ Venerisk sykdom ble også forbundet med soldater, jfr. ordet knechtesot, brukt av Absalon Pederssøn i hans dagboksnotater fra 16.3.1571: "16. Døde Elzebe Inguolsdotters dreng aff en ny sot heder knechte-sot som de førde fra Danmarck" Jfr. Gustav Storm (red), *Historisk-topografiske Skrifter om Norge og norske Landsdele, forfattede i Norge i det 16de Aarhundrede* (Christiania: Brøgger, 1895. 46, 257, s. 189.

¹⁷⁰ Susan Conner, "The Pox in Eighteenth-century France," i Linda Evi Merians (red.), *The Secret Malady: Venereal Disease in Eighteenth Century Britain and France*, (Kentucky: The University Press of Kentucky, 1996), s. 19.

syfilis' opprinnelse i den nye verden gjorde at mange hevdet at bare ikke-europeiske kvinnekropper var i besittelse av den tilstrekkelige hete som skulle til for å transformere sykdomskimen til venerisk sykdom.¹⁷¹ Mary McAllister har vist hvordan dette for Englands vedkommende på 1700-tallet i grunnleggende grad preget fortellingene om den veneriske sykdoms opprinnelse. Disse fortellingene hadde en rasistisk dreining, og gikk i særlig grad ut på at sykdommen skulle stamme fra Vest-India.¹⁷² I noen av fortellingene om radesykens opprinnelse blir det på tilsvarende vis fortalt historier om at sykdommen ble brakt med skip fra Øst-India, men heller ikke dette elementet er særlig uttalt her – russiske og østindiske skip likestilles i så måte. Selv om man forlot forestillingen om at sykdommen skulle oppstå spontant i livmoren hos vestlige kvinner, levde teorien likevel videre. Den ble nå knyttet til fysiske, og ikke kjemiske forhold, idet leger spekulerte i hvorvidt de konstante friksjonene under gjentatte samleier hos promiskuøse kvinner kunne skape ødeleggelser i form av sår på kjønnsdelene, som igjen kunne utløse kjønnsykdom.¹⁷³

2.4. Moralske univers

I studier over sykdommers opprinnelseshistorier spiller spørsmålet om skyld og moral en avgjørende rolle. Som jeg har vist, inneholder de ulike historiene om radesykens opprinnelse mange implisitte moralske dommer. Imidlertid blir det i mitt materiale, til forskjell fra det for eksempel Mary McAllister har funnet for opprinnelseshistoriene vedrørende syfilis i England, fremført svært få eksplisitte moralske vurderinger. Når moralske vurderinger forekommer, er det ofte ved hjelp av metaforer, som for eksempel i dette utsagnet av sognepresten i Arendal: "de søførende bringe disse contrabande vare hjem med sig."¹⁷⁴ Uttrykket "contrabande varer" fortjener en utdypning. Etymologisk kommer det fra italiensk, der contra betyr mot og bando forordning, lov. Mer spesifikt har det fått betydningen varer som det er forbudt å innføre og selge i et (krigførende) land. I overført betydning kan det ifølge *Oxford English Dictionary* stå som adjektiv og bety illegitimt, forbudt, eller uautorisert. Uttrykket bringer altså assosiasjonene henimot ord som krig og ulovlig virksomhet. Det gjør at den nøkterne

¹⁷¹ Kevin Patrick Siena, "Pollution, Promiscuity and the Pox: Venereal Disease in London Hospitals 1600-1800" (University of Toronto, 2001), s. 652-71. Se også Winfried Schleiner, "Infection and Cure through Women: Renaissance Constructions of Syphilis," *Journal of Medieval and Renaissance Studies* 24 (1994): 449-517, s. 505.

¹⁷² McAllister, "Stories of the Origin of Syphilis".

¹⁷³ Ibid. Marie Spongberg har i sin studie over 1800-tallets prostitusjon vist at disse etiologiske teoriene om spontan kvinnelig sykdomsgenerasjon utgjorde en viktig ideologisk bakgrunn for den viktorianske asylbevegelsen, og for kampanjer for å disiplinere prostituerte. Mary Spongberg, *Feminizing Venereal Disease: the Body of the Prostitute in Nineteenth Century Medical Discourse* (Basingstoke: Macmillan, 1997).

¹⁷⁴ Brev fra Eric Colstrup til Radesykekommissjonen 8.10.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

medisinske utledningen får en moralsk karakter i tillegg, som også knytter an til fortellingen om den fremmede.

En spesiell plass inntar igjen kvinnen, som er det sentrale offer i fortellingene om den importerte sykdom. Denne kvinnen er en tvetydig skikkelse, og blir paradoksalt nok en dobbelt bærer. På den ene side er hun den passivt lidende, offeret for for eksempel de ryggsløse russiske menn, og teksten oppfordrer til medlidenhet ved sin nitide beskrivelse av hennes elendighet. Sammenlignet med for eksempel samtidens europeiske diskurs angående den veneriske sykdoms opprinnelse, er det påfallende få moralske termer, kvinnene omtales ikke engang som løse fugler. På den annen side er hun også den aktive sykdomsbærer som unngår å søke hjelp og slik kan smitte andre. Hvis det er en moralsk fordømmelse her, er det av akkurat dette aspektet, som peker fremover i tid og ikke bakover mot den historiske hendelsen. Fordømmelsen ligger ikke nødvendigvis i det hun har gjort, men i det at hun skjuler sykdommen og unngår å søke hjelp og dermed utsetter andre for smitte.

Klager over at pasientene skjuler sykdommen er kanskje et av de vanligste temaer i radesykens tidlige historie. I disse opphavsfortellingene vises det til hvordan sykdommen har spredd seg videre utover i aksellererende tempo fordi pasientene har skjult sin sykdom og ikke søkt hjelp i tide. Vi så det i fortellingene om Bonnevie og orlogsskipet, og det forekommer relativt ofte i de andre historiene også. Den største synd pasientene begår, er å vente med å kontakte lege, og i stedet legge seg under kvakksalverens farlige hender. Når man vet at Norge kun hadde et fåtall praktiserende leger på det tidspunkt, og de fleste tok betaling, er det unektelig litt rart at de hisser seg så voldsomt opp over dette, men det må også leses inn i en kontekst av embetsmennenes kamp mot det de anså som fordommer i lokalbefolkningen, i dette tilfellet allmuens praksis med å skjule sykdommen.

Bøndene blir også gjenstand for en annen generell anklage; nemlig over deres altfor intime omgang innbyrdes, syke som friske.

Radesygens udbredelse fremmes vist nok ikke lidet ved Bondens egen alt for frie, dristige og fortroelige Omgang med og annærmende Tilhold til kiendte og ukiendte af sine jevnlige; her vedrører en syndig Haand den anden: her vexles varme leyer og klæder uden forsigtighed og paa agt af Følger.¹⁷⁵

Presten Faye i Egersund hevder et lignende synspunkt, og fremsetter en påstand om at denne ”uforsigtige Omgang” skyldes følgende fordom hos almuen: ”den forudfattede Meening den [almuen] har, at det virkelig vilde være en synd de begikk, om de skyede at omgaaes, at spiiise ja at søge seng med de besmittede.”¹⁷⁶

¹⁷⁵ Rasmus Peter Langhorn i brev til Radesykekommisjonen, 4.11.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

¹⁷⁶ Andreas Faye til Radesykekommisjonen 10.10.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

Sammenligner man disse fortellingenes to moralske dommer, fremkommer det en underlig dobbelthet. På den ene siden klager altså leger og prester over allmuens altfor fortrolige omgang med de syke, på den andre siden over at de skjuler sin sykdom så lenge fordi den er skambelagt og derfor ikke kommer seg fort nok til lege. Det har vært vanlig å anta at radesyken var svært skambelagt, men her har vi to typer historier som peker i hver sin retning. På den ene siden klages det over at allmuen er så lite informert at de endog deler seng og skje med en smittet, og at dette er en praksis som fører til økt smittespredning, på den andre siden forklares bøndenes manglende oppmøte hos legen med deres skam og engstelse for å vise andre at de er syke.

2.5. Avslutning: Opprinnelseshistorienes funksjon

Hvorfor kommer slike historier til? Det er verken informasjonen som formidles, eller moralen, eller stilen i disse fortellingene som gjør at de virker nærmest mytiske, snarere er det historiens funksjon. De kan sies å være radesykens skapelsesberetninger, fortellinger som lader radesyken med mening og innhold. De gir et rammeverk for forståelsen av disse uforutsigbare, forstyrrende og truende hendelsene slik at de ser ut til å utgjøre en del av en sammenhengende historie.¹⁷⁷ Gjennom å skrives inn i en historie blir den nye og ukjente radesyken tillagt mening og gjort kjent. Hvis man skal si noe generelt om hvilken funksjon disse opphavsfortellingene fylte, var det at de kom med en forklaring. Slike fortellinger som det her er snakk om, utgjør ikke bare en temporal, men også en kausal årsaksrekke, idet sammenhengen mellom elementene i fortellingen fremstår som nødvendig.

Mens forfatterne på 1800-tallet var mer opptatt av å gi en forklaring ved å vise til sykdommens lokale historie i den enkelte kropp, dens nedslag i dypet av vevene og ved å kvantifisere dens utbrudd, så viser forklaringene i disse første historiene like mye, om ikke mer, til sykdommens historie i en større sammenheng. På 1700-tallet fokuserte man ikke på kroppenes anatomiske patologi, og sykdomsopprinnelsen lokaliseres derfor ikke til den enkelte kropp, men til de steder der den først oppstår. Fortellingene er forankret i det geografiske startpunkt, men i tillegg blir sykdommen gjennom disse fortellingene innlemmet i den historiske tiden. Mens den tiden som kommer til uttrykk i 1800-tallets tekster om radesyken er en temporalitet som ligger i sykdommen selv, det vil si i den enkelte kropps patologiske forandringer gjennom tid, så er tiden her den historiske tiden, den tiden som har

¹⁷⁷ Som Paul Ricoeur har påpekt, har selve det faktum at man setter noe inn i en fortelling en formidlende funksjon. Det å strukturere et materiale som en fortelling setter sammen forskjellige hendelser, personer og tid i et forløp som plasserer alt inn i en større sammenheng som svar på spørsmålene Hvem, Hva, Hvor, Hvorfor, Hvordan. Se Ricoeur, *Time and Narrative*, s. 77.

plass for kriger og nødsår, skattebyrder og kongebesøk. Det handler om å plassere sykdommen i et større univers, for det er slik den blir gitt mening, slik den blir gjort kjent, slik den forklares best. Slik får kriger og nødsår plass i kroppenes historie.

Opprinnelseshistorienes kraft hviler derfor mindre på opprinnelsens fakta enn på behovet for å dele en virkelighet og en referanseramme som kan sette en i stand til å hankses med en skremmende og forvirrende verden.

Som Steven Krüger har vist i forbindelse med sin undersøkelse av AIDS-narrativer, spiller slike opphavsfortellinger en avgjørende rolle i forståelsen av ikke bare sykdommers fortid, men også deres nåtid og fremtid. Ikke bare skaper fortellingene mening, de er også med på å skape virkelighet – i form av handlingsinsentiver, i form av tiltak og politiske prioriteringer.¹⁷⁸ Dette skal jeg se nærmere på i det som følger.

2.5.1. Spørsmål om tid? Fortellingenes preskriptive elementer

I flere av fortellingene så vi hvordan tiden er helt sentral. Fortellingene er nemlig ikke bare beskrivelser av kausalforhold i fortiden, de er også i aller høyeste grad preskriptive, og historien som lærestykke har slik en fremtreden plass. Opphavsfortellingene rekonstruerer fortidige hendelser og omgivelser for dermed å tilkjenne det samtidige samfunn en genealogisk dimensjon. Ved å vise til hvordan den oppstod forhandlet forfatterne også om hva radesyken var. Til grunn for fortellingens fokus på opprinnelse, ligger forfatterens samtid; deres samfunn, deres historie, deres begrensninger og muligheter. Fortellingene er preskriptive like mye som deskriptive. De beskriver hendelser som har foregått i fortiden, men som har effekter som er relevante i samtiden. Derfor har de også en normativ dimensjon, som sier noe avgjørende hvordan man *bør* handle i samtid og fremtid.

Disse tekstene forekommer som helt spesifikke svar på spørsmål stilt alle landets prester fra radesykekommisjonen i 1778. De skriver seg derfor inn i en kontekst som i høyeste grad har både med samtid og fremtid å gjøre. Samtid, fordi flere av dem forholder seg til omgivelser der innsunkne naser og svære misdannelser utgjør bestanddeler i samfunnet, fremtid fordi radesykekommisjonens oppgave er å komme med nyttige foranstaltninger til forebyggelse av radesyken,¹⁷⁹ og fordi prestene og legene skriver i en periode der sykdommers forebyggelse har begynt å få en fremtredende plass. Som eksempel kan nevnes at Peter Rasmus Langhorn, som beskrev sykdommen som ”et Haan fra Fremmede”, slutter sin

¹⁷⁸ Steven F. Krüger, *AIDS Narratives: Gender and Sexuality, Fiction and Science* (New York: Garland, 1996), s. 78-81.

¹⁷⁹ Jfr. reskript angående radesykekommisjonens inntreden 14.1.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

beretning med å si at ”en sær Opmerksomhed fortiener desaarsag hine norske Soesteder og Havner, som ere meest udsatte for Landgang af fremmede Søefolk.”

Denne måten å fortelle på vitner altså om en bruk av historien som læremester. Ved å unngå de hendelser som blir trukket frem i fortellingene kan man også unngå sykdommen i fremtiden. Siden mange av disse fortellingene har prester som avsendere, er det også naturlig å trekke frem deres skolerings som allmuens oppdragere. Deres sjanger, prekene, skulle jo være en konkretisering av de teologiske læresetninger via ”eksemplare” historier. Kanskje dette kan forklare noe av den underlige tvetydigheten i disse tekstene. På den ene side forekommer det som vi har sett ofte en eksplisitt fraskrivelse av sannhetsverdien til disse utsagnene – de stiller seg ikke bak det faktiske innhold. Som moralske lærestykker blir de imidlertid likevel tilkjent betydning. Sykdom og synd har alltid hørt sammen,¹⁸⁰ men det oppsiktsvekkende nye nå er at disse fortellingene ikke bare skal si noe om det hinsidige, men mest om det dennesidige: sykdom kan forebygges.

Kontrasten blir stor dersom vi sammenligner med en presteberetning fra midten av århundret. Det dreier seg om en ikke navngitt sykdom (”en almindelig Svagthed”), som etter sigende skulle ha kommet inn i landet med hjemvendte matroser. I slutten av brevet, som skrives på oppfordring fra Collegium Medicum, uttaler prosten seg om et spørsmål han har fått om hva man bør foreta seg i den anledning:

Hvad videre til Slutning kunde være af mig at svare og dømme derom, da vil det blive bedst, at mand giver Sagen i Guds haand, og lader det altsammen beroe og hvile paa den aller Helligste Guds gode Villie, Naade og Barmhjerthighed [...] Herren hielper de Hielpeløse og trøster de Trøstesløse for Christi skyld. Amen!¹⁸¹

Det er Herren, og ikke legen, langt mindre samfunnet, som skal hjelpe de trøstesløse. Problemet tilhører Guds rike, og ikke det verdslige. Det er ikke det at man ikke skal være Christi hjelpere på jord og yte omsorg til dem som trenger det. Men tanken om å skulle foreta seg noe for å hindre historiens gang, så å si gripe inn i verdensorden, det er totalt fremmed for denne prostens. På slutten av 1770-tallet er dette altså annerledes. Prestene fokuserer nå på det dennesidige. Som før er de opptatt av å bekjempe fordommer og overtro, men nå ikke bare for å forberede til det hinsidige, men også for å virke i det dennesidige. For mange av prestene som skriver om radesyken på slutten av 1770-tallet, anses det å forebygge denne sykdommen som en naturlig del av deres embetsplikt.

¹⁸⁰ Se f.eks. vedrørende leprahistorien og denne forbindelsen: Sigurd Sandmo, *Ingeborg Gryttens kors: en presentasjon av Ingeborg Gryttens salmebok Kaars-Frugt (1713) med vekt på bruken av barokke konvensjoner, særlig bruken av konvensjonelle lepramotiver* (Bergen: Universitetet i Bergen, 1998).

¹⁸¹ Jens Jensen Saxe, 7.12.62: SAK, LMA, Brev fra lokale instanser, pk. 132.

2.5.2. Opphavsfortellingene som legitimering av vitenskapelig standpunkter

Ved siden av å gi mening til sykdommen som omgir dem, og å komme med implisitte anvisninger om fremtidige tiltak, har fortellingene om radesyken også et tredje aspekt knyttet til seg. Opprinnelseshistoriene er, slik jeg har vist tidligere i denne prologen, intimt knyttet til de medisinske teorier som forfektes av dem som forteller eller gjenforteller historien. Elementer fra den medisinske diskursen er derfor ofte tydelig til stede, implisitt eller eksplisitt, i fortellingen, og nedskriverne av fortellingene bruker forskjellige retoriske tilnærminger avhengig av hvilken plass de mener sykdommen inntar i 1700-tallets nosologiske skjema. Ikke bare er elementer fra den medisinske diskurs til stede i fortellingen, men fortellingen som helhet er situert innenfor forfatterens utvidede argumentasjonsrekke mot hans meningsmotstander. Fortelling og argument er dermed uløselig knyttet sammen, og gjør at også historiene ser ut til å være *matters of fact*.¹⁸² Dette aspektet er spesielt tydelig i Bonnevis historie. Her har latinske ord (*partes genitales* (kjønnsorganene) og *pars pudenda* (ytre kjønnsdeler)) sneket seg inn i fortellingen. Videre bestemmer historien ved sin egen narrative sekvens sykdommens natur: Ikke bare tjener den til å legitimere at sykdommen var smittsom, den viser også at det var en spesiell type smitte: den ble overført ved kjønnslig omgang, det vil si at det var en venerisk sykdom. Dette gir, som vi har sett, visse elementer til fortellingen: Kvinnene som har hatt samkvem med russerne får sår på kjønnsorganene som gjør dem ute av stand til å gå, og sykdomsutbruddet er åpenbart tilskrevet de nære forbindelsene med det ryggesløse russiske mannskapet.

I de historier som forteller at radesyken har vært i Norge så lenge det har bodd mennesker her, er derimot referanser til kjønnslig omgang og sår på kjønnsdelene fullstendig fraværende. De ser også ut til å være mindre omstendelige og ornamenterte, og har mindre drama og plotbygging. Siden de er sentrert rundt levemåte, fokuserer de heller på hverdagsforetelser enn på eksepsjonelle hendelser. De blir også brukt for å begrunne hvorfor radesyke ikke skulle være venerisk: radesyken var i Norge før den veneriske sykdom kom hit, ergo kan den ikke være venerisk. De medisinerne som argumenterte mot en slik oppfatning av radesyken, argumenterte ofte også eksplisitt mot fortellingene om at sykdommen hadde kommet via fremmede skip. Argumentasjonen gikk først og fremst ut på at nordmenn ikke var mer promiskuøse enn andre folk, og dermed ikke kunne være mer utsatt for fremmedes

¹⁸² For en drøftelse av den retoriske figuren som tas i bruk ved presentasjonen av *matters of fact*, se Steven Shapin og Simon Schaffer, *Leviathan and the Air-pump: Hobbes, Boyle, and the Experimental Life* (Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1985).

sykdom enn andre land med kystlinjer.¹⁸³ Siden radesyken var en norsk sykdom, og nordmenn ikke var mer usedelige enn andre, kunne sykdommen ikke skyldes utuktig omgang. I en tid som i rousseauske termer fremhevet bonden som ubesudlet av kulturell dekadanse, var dette et sterkt argument.¹⁸⁴ Innenfor en dansk-norsk kontekst var spesielt den norske bonden ansett som særlig sterk, sunn og tapper, og utgjorde en del av den norske selvforståelsen i den gryende patriotismen. Johannes Møller, lege ved radesykehuset i Bratsberg, skrev en artikkel der han var fortørnet over at Jonas Gislasons hadde knyttet radesyken til spedalskheten i sin avhandling, og dermed til et gresk og arabisk opphav. Han konkluderer sitt harmdirrende innlegg slik: "so glaube ich nicht, daß man nach Arabien oder Griechenland zu reisen brauche, um den Ursprung ihrer Krankheit auszufinden."¹⁸⁵ For ham er spørsmålet om sykdommens natur helt klart knyttet til spørsmålet om opprinnelse, og dermed også til et brennende tema i den dansk-norske offentlighet, nemlig patriotismen.¹⁸⁶ Å identifisere en sykdom blir hos Møller ikke en nøytral virksomhet, men et politisk spørsmål som angår nasjonens stolthet.

De forfatterne som forfektet et venerisk utgangspunkt holdt seg til fortellingen om den fremmede og smitten, mens de som mente den kom av levemåten presenterte fortellinger som kretset rundt det faktum at sykdommen alltid hadde vært her. Fortellingen fungerer slik at når vi hører om at radesyken kom med et fremmed skip, så tror vi det handler om smitte, mens vi er mer tilbøyelige til å finne årsaken i hjemlig klima og levemåte dersom fortellingen proklamerer at sykdommen alltid har vært i landet. Dette aspektet ved fortellingens funksjon er til stede i større eller mindre grad i disse forskjellige fortellingene, men det er sjelden at denne forutsetningen gjøres eksplisitt i teksten. Av og til kommer det imidlertid frem, og da på den måten at det faktisk strukturerer fortellingen, som fremstår som en logisk følge av det medisinske resonnementet. Et eksempel kan sees hos Eric Colstrup i Arendal: "For saavidt jeg

¹⁸³ Jfr. Arbo, *Afhandling om Radesygen eller Salt-Flod*, s. 8; Mangor, *Underretning om Radesygens Kiendetegn, Aarsager og Helbredelse*, s. 7.

¹⁸⁴ Om synet på den sterke og sunne bonde i sin alminnelighet, se f.eks. Laurence Brockliss og Colin Jones, *The Medical World of Early Modern France* (Oxford: Clarendon Press, 1997), s. 454. Det ligger også under for hele Tissots argumentasjon. Se Tissot, *Underretning for Landmanden, angaaende Sundheden*. Holberg skriver at dersom man holdt opptelling, ville man "mod een syg Bonde finde 10 velbyrdige Krøplinger". Jfr. "Bønder lever lykkeligere enn Kiøbstadsfolk" i Ludvig Holberg, *Ludvig Holbergs Moralske Tanker* (Kjøbenhavn: Berling, 1744), bd. 22, bok 1, epigram 164. For synet på den norske bonde spesielt se f.eks. Pontoppidan, *Det første Forsøg paa Norges naturlige Historie*, bd. II, s. 415., og Christian Elovius Mangor, *Den ældgamle Normands, Christian Jacobsen Drakenbergs, Levnets-Beskrivelse: tilligemed den over ham holdte Liigprædigen og hans Portrait* (Viborg: 1774).

¹⁸⁵ Johannes Møller, "Schreiben des seeligen Doctors und Landphysikus Möller zu Porsgrund bey Scheen in Norwegen, vom 29. aug. 1787," *Medicinisch-Chirurgisches Journal* 5, no. 1 (1800): 45-61, s. 53.

¹⁸⁶ *Ibid.*, s. 56. Møller hadde tidligere skrevet fremlegg til et universitet i Norge, og var en typisk representant for den gryende patriotismen. For patriotismen i Norge, se Øystein Sørensen, *Kampen om Norges sjel 1770-1905*, bd. 3 i *Norsk Idehistorie*, (Oslo: Aschehoug, 2001).

har kundet mærke av 2 a 3 Personers Tilstand [...] synes mig at den er egentlig lues venerea, og er her doctor Nielsen af samme Tanker. Efter denne Hypotesen er det rimelig, at de søfarende bringe disse contrabande vare hiem med sig.”¹⁸⁷

2.5.3. Resepsjonshistorien – hvorfor Bonnevis historie kom til å dominere ettertiden

Som vi har sett var opphavsfortellingene nært knyttet til den medisinske diskurs. Med dette som utgangspunkt skal jeg nærme meg spørsmålet om hvorfor Bonnevis fortelling i så høy grad kom til å dominere radesykens historiografi. I *Aschehoug og Gyldendals Store Norske Leksikon* heter det under oppslagsordet radesyke: ”en form for syfilis som opptrådte endemisk i Sør-Norge i begynnelsen av 1700-tallet frem til midten av 1800-tallet. Ytret seg bl.a. ved kroniske sårdannelse.”¹⁸⁸ Bortsett fra at det etter min mening er problematisk å si at radesyken var syfilis, er denne tidsangivelsen (begynnelsen av 1700-tallet) påfallende. Som vi har sett, var det ingen av de andre opphavsfortellingene som festet radesykens opprinnelse til begynnelsen av århundret. De andre som tidfestet den, bestemte et tidspunkt som var nærmere midten av århundret enn begynnelsen av det. Likeledes er det lite som tyder på at ordet radesyke var i bruk før rundt 1740, og det kom neppe i allmenn bruk før på 1760-tallet. Hvordan har det seg da allikevel slik at ettertiden har kommet til å feste slik lit til Bonnevis fortelling? Allerede i Bonnevis samtid hadde hans historie nådd langt. Sognepresten i Mandal, der Bonnevis arbeidet, siterer hans historie nærmest in extenso, og refererer også eksplisitt til ham.¹⁸⁹ For øvrig var det, som jeg har vært inne på, en stor, og på ingen måte avklart diskusjon om temaet i samtiden.

Omtrent 100 år etter at Bonnevis hørte de gamle fortelle sin historie, skrev Norges første professor i dermatologi, Carl Wilhelm Boeck, en avhandling om radesyken. Den het ganske enkelt *Traité de la Radesyge*, men hadde en undertittel i parentes: *Syphilis tertiaire*.¹⁹⁰ Det som virkelig ble satt i parentes etter dette var radesyke. I denne studien, som er det første historiske arbeid vedrørende radesyken, argumenterte Boeck for at ordet radesyke bare hadde vært et feilgrep, at det man hadde kalt radesyke hele tiden hadde vært en form for avansert

¹⁸⁷ Eric Colstrup i Arendal til radesykekommissjonen 8.10.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

¹⁸⁸ Henriksen, *Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon*.

¹⁸⁹ ”[E]t Russisk Orlogsskib havde ligget een Vinter i een af Havnene i Nærheden af Stavanger, omtrent Ao 1709 eller 1710. Folkene paa dette Skib besøgte Bønderne paa Landet, i sær Qvindfolk, og bleve igien af dem besøgte paa Skibet. Efterat Skibet var afsejldt, begyndte adskillige af disse slette Qvindfolk at blive syge; men skulde det i det længste, hvorover det onde tog Overhaand, saa at de fik aaben og stinkende Saar. Nogle fore hen til andre Steder, hvor de som ubekjendte søgte at blive curerede, andre creperede i jammerlig Tilstand, og da begyndte Folk der i Egnen allerførst at kalde denne Sygdom Rade-Syge, det er: den onde eller slemme Syge. Saavidt be^{nte} gamle Folk fortællelse til Bonnevis.” Brev fra Hovland til radesykekommissjonen, 13.11.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

¹⁹⁰ Boeck, *Traité de la Radesyge (Syphilis Tertiaire)*, se særlig s. 1-2 for opphavsfortellingen.

syfilis. I parentes bemerket er det interessant å observere at navnet radesyke ble løsrevet fra sykdommen, akkurat som det ble av de som argumenterte for at radesyken alltid hadde vært i landet, de samme som Boeck polemiserste så kraftig mot. Nøyaktig som dem knyttet han radesyken til en allerede etablert sykdom, og dermed ble navnet radesyke overflødig:

”Navnene Radesyge og Theria ville, eftersom studiet af Hudsygdommene og de syphilitiske Sygdomme hos os gaaer fremad, efterhaanden forsvinde.”¹⁹¹

Boeck gjennomgikk i sitt arbeid om radesykens historie arkivmateriale så vel som publiserte radesyketekster. De fleste av skribentene fra 1700-tallet fikk hard medfart, men ikke alle. Noen, ifølge Boeck, forstod sykdommens sanne natur, og blant disse nevnte han Honoratus Bonnevie. Dermatologiprofessoren hadde gjort et grundig arbeid, og gjenfortalte også andre opprinnelsehistorier. Bonnevies historie ble imidlertid gitt en fremtredende plass, og brukes også for å legitimere påstanden om at sykdommen er venerisk. Boecks versjon av radesykehistorien er den klassiske ”whiggish” tilnærming til medisinsk historie: den er formet som en idéhistorie som tillegger Bonnevie, den fremsynte erfaringsnære praktiker, profetiske evner. Ved at Boeck slik binder sammen en suksesjon av vitenskapelige begreper, fremstår utviklingen som en progressiv oppdagelse av fakta.

Boecks tekst har fått avgjørende betydning for ettertidens resepsjon av radesyken, delvis fordi han har skrevet det eneste større arbeid om radesyken, men også fordi han nærmest er blitt regnet som et tidsvitne, på slutten av radesykens epoke. Denne Boecks innflytelse på ettertiden kan blant annet etterspores i henhold til hvordan de siterer Bonnevies historie. Ettersom Boeck moderniserte 1700-tallets språk og tilpasset sitatet 1800-tallets skriftnormer – til et samtidig og mindre ornamentert språk, er det lett å spore i ettertiden hvem som har sitert Bonnevie via Boeck og hvem som har gått til originalen. Den før nevnte avhandling om radesyken var på fransk, men Boeck publiserte et forarbeid til dette verket noen år tidligere i artikkelen ”Klinikk over Hudsygdommene og de syphilitiske Sygdomme”.¹⁹² Forskjellene mellom Bonnevies original og Boecks versjon er ikke så store, men de er tilstrekkelige: For eksempel erstatter Boeck den grammatiske formen futurum med enkel presens eller preteritum. Han utelater også visse uttrykk, som for eksempel når originalen sier ”Russiske, eller rettere veneriske Frugter”, siteres det hos Boeck som ”Veneriske frukter”.¹⁹³ Hvis man går gjennom radesykens historiografi på denne måten, blir

¹⁹¹ Boeck, ”Klinik over Hudsygdommene og de syphilitiske Sygdomme,” s. 330.

¹⁹² Ibid.

¹⁹³ Boecks direkte sitat lyder som følger: ”[I] Aaret 1709 eller 1710 et russisk Orlogsskib om Vinteren laae over i en Skibshavn i nærheden af Stavanger. Paa dette Skib havde der været en Deel ryggesløst Mandskab, som søgte Conversation med det norske Qvindkjøn der i Havnen og omgrændsende Gaarde. Dette Mandskab blev i

det klart at nær sagt alle som siterer Bonnevis historie, gjør det via Boeck. Dette gjelder for eksempel C. J. Borge i 1905 i dennes artikkel om radesyken,¹⁹⁴ likeledes J. Henrichs, i artikkelen "Radesykens betydning i vore sindslidelsers ætiologi".¹⁹⁵

Dette kan til dels forklare hvorfor Bonnevis historie er blitt så viktig for ettertiden. Siden Boeck hadde autoritet som den første professor i dermatologi, blir det naturlig at ettertiden følger Boeck i å tilkjenne Bonnevies autoritet. Imidlertid refererte Boeck, som vi har sett, også til en rekke av de andre opphavsfortellingene, og de er ikke i like stor grad repetert for ettertiden. Denne forklaringen kan derfor ikke være den eneste. Hvordan kan det ha seg at vi nærmest har glemt de skabbete hestene og de svenske troppene, men husket det russiske orlogsskipet?

Etter min mening er den viktigste årsaken til dette at Bonnevis opprinnelseshistorie støtter opp om den i ettertiden dominerende forståelsen av radesyken som en form for avansert syfilis. Når man skulle skrive radesykens historie med dette som utgangspunkt, ble det rimelig å trekke på den opprinnelseshistorien som best legitimerte dette synet. Det vi imidlertid har sett, var at Bonnevis syn på sykdommens natur i høyeste grad også var med på å bestemme fortellingens uttrykk. I tillegg vil det komme frem senere i avhandlingen hvor problematisk det er å bruke en slik retrospektiv diagnose på et fortidig materiale.

3. Konklusjon

Opprinnelseshistorier blir ofte sitert kun som kuriosita i historiske arbeider, og sjelden diskutert. Dette skal imidlertid ikke tas som bevis for at disse historiene blir tilkjent liten betydning, snarere det motsatte. Svært ofte benyttes opphavshistoriene når dommer skal felles vedrørende fortidige sykdommers natur, også av historikere. Jeg har imidlertid ikke brukt historiene om ordets eller sykdommens opphav for å si noe om hva radesyken *egentlig* var, verken når det gjelder sykdommens natur eller vedrørende muligheten for et mangfold av årsaker og opprinnelser innenfor en og samme sykdom. De ulike historiene har ikke blitt brukt

Juletiden indladet udi de Norskes Forsamlinger, og de norske Fruentimmer kom derefter undertiden om bord at besøge Russerne, og ved slige Samlinger gjorde de nøiere Bekjendtskab, hvorved formodes at Russerne have meddeelt vores norske Fruentimmer nogle af deres veneriske Frugter, thi kort Tid efterat Skibet var afseilet, begyndte adskillige af de Qvindfolk, som havde været med udi dette russiske Selskab at blive syge, men de skjulte deres veneriske Sygdom, og søgte dildeels at komme bort fra Egnen til Steder hvor de som ubekjendte kunde søge Raad. Nogle blant dem gikk saa længe med deres Onde, at Parties genitales bleve saa ulcererede, at de ei kunde gaae, og de angrebes tillige i Halsen og andre Steder saa stærkt, at de tilsidst deraf vare creperede i miserable Omstændigheder. Bønderne, der betragtede denne usædvanlige og fremmede Sygdom, gavede den Navn af Radesyge, den urene, uterlige Sygdom." Ibid.

¹⁹⁴ Borge, "Radesygen," s. 428-9.

¹⁹⁵ Henrichs, "Kan radesyken tillægges nogen betydning i vore sindslidelsers ætiologi?," s. 890. Moseng, *Ansvar for undersåttens helse 1603-1850*, s. 246. Også Ehlers siterer Boeck i sin bok om det sørjyllandske syfiloid, se Ehlers, *Folkesyphilis i Danmark*, s. 18.

som ledd i en diagnostiseringsprosess av en fortidig samling symptomer. Presentasjonen av rekken av alternative opprinnelseshistorier forekommer heller ikke som ledd i en negativ bevisførsel: jeg forsøker ikke, ved å vise til andre historier enn Bonnevis, å vise at radesyken *ikke* var syfilis. Snarere har jeg forsøkt å vise at slike historier kan sies å formidle avgjørende elementer i sykdommers historie, som sykdomsteorier, offentlige reaksjoner og historiografiske posisjoner. Jeg har vært opptatt av hvordan slike historier produseres, hvordan de kommuniseres og hvilke virkninger de har, på steder som i den samtidige medisinske litteratur, eller i den historiske litteraturen som kommenterer fortellingene. Å lete etter vår tids sykdomskategorier i fortiden impliserer en slags selvforklarende synkronisitet, som reduserer historien og opprinnelsen til en sykdom til et spørsmål om identitet – identitet med en sykdom som eksisterer i det medisinske vokabular i historikerens samtid. Fortellingene om opphavet kan ikke gi oss svar på radesykens egentlige natur etter vår tids diagnostiske begreper, men de kan fortelle oss mye om hvordan radesyken ble språkliggjort og dermed gjort tilgjengelig både for medisinsk behandling og politisk intervensjon. I de to neste delene, som omhandler henholdsvis radesyken i skrift og radesykens politikk, vil jeg komme nærmere inn på dette.

Del I

For us, the human body defines, by natural right, the space of origin and of distribution of disease: a space whose lines, volumes, surfaces, and routes are laid down, in accordance with a now familiar geometry, by the anatomical atlas. But this order of the solid, visible body is only one way – in all likelihood neither the first nor the most fundamental – in which one spatializes disease. There have been, and will be, other distributions of illness.¹⁹⁶

Hittil i denne avhandlingen har jeg tatt for meg hvordan radesyken ble innskrevet i og gitt mening innenfor et større narrativt univers. I dette kapitlet skal jeg bevege meg fra offentlig korrespondanse produsert av ulike ansatte i den eneveldige staten, til behandlingen av radesyken innenfor den medisinske faglitteratur.

Disse tekstenes primære anliggende er å etablere radesykens natur, dens kjennetegn, dens årsaker og dens behandling, og ikke å fastsette identiteten til syke pasienter eller vurdere den epidemiologiske trusselen. Et av hovedspørsmålene knyttet til disse tekstene er det følgende: er radesyken en ny sykdom eller er det en sykdom som allerede er beskrevet i litteraturen? Spørsmålet blir helt avgjørende her, av følgende årsak: hvis man postulerer at radesyken er en ny sykdom, så må man anta at det ikke finnes noen kjente beskrivelser man kan støtte seg på, og man må finne ut av hva som karakteriserer denne nye tilstanden. Hvis man derimot antar at radesyken har eksistert tidligere, blir spørsmålet snarere å finne ut hvilken allerede eksisterende sykdomsbeskrivelse den kan identifiseres med. Noen mente fremdeles på denne tiden at alt man trengte å vite om sykdommer menneskene kunne rammes av, var å finne i de antikke skrifter, og at det eneste medisineren måtte gjøre var å finne frem til den sykdomsbeskrivelse i de antikke skriftene som best passet med det sykdomsbilde man hadde foran seg. Andre mente derimot at det hadde tilkommet nye sykdommer siden antikken. Dette er jo i bunn og grunn et spørsmål om historie og historisk endring: Har sykdomspanoramaet vært det samme siden skapelsen, eller har det endret seg? Er det tenkelig at det har tilkommet nye sykdommer som ikke var der i antikken? Og er det tenkelig at det fantes sykdommer i antikken som de antikke forfatterne ikke beskrev?¹⁹⁷

¹⁹⁶ Foucault, *The Birth of the Clinic*.

¹⁹⁷ Det er fristende her å trekke en parallell til striden mellom de gamle og de moderne (ancient vs moderns): Et eksempel her er L. Dutens, *An Inquiry into the Origin of the Discoveries Attributed to the Moderns: wherein it is Demonstrated, that our most Celebrated Philosophers Have, for the most Part, Taken What they Advance from the Works of the Ancients* (London: W. Griffin, 1769). Her forsøker han å bevise hvordan Newtons gravitasjonslov allerede var kjent for Plutarch og Lucretius, og hans fargeteori av Pythagoras og Platon; at

Denne delen vil ha følgende struktur. Innledningsvis vil det trekkes opp et raskt riss av bakgrunnen for disse tekstene – opplysningsmedisinen som kontekst og ramme, og hvordan alle disse verkene, bortsett fra Frederik Holsts avhandling, skriver seg inn i denne opplysningssjangeren. Deretter følger en beskrivelse av selve verkene. Det har vært viktig for meg i gjennomgangen av disse verkene å forsøke så mye som mulig å historisere kategoriene de bruker. Innledningsvis vil en av 1700-tallets store tendenser trekkes frem; de nosologiske bestrebelsene. Dette danner en helt uomgjengelig bakgrunn for radesykelitteraturen, som kan forstås som et eneste stort forsøk på å besvare spørsmålet om hvor i det nosologiske terreng radesyken befinner seg; er det en gammel sykdom, hvis beskrivelse man kan finne hos de klassiske forfattere, eller er det en ny sykdom? I så fall, hvor i det nosologiske skjema hører denne nye sykdommen hjemme? Deretter skal det gis en fremstilling av henholdsvis sykdommens kjennetegn, dens årsaker, behandling og forebygging. I dette følger jeg stort sett bøkens egen struktur, som oftest er inndelt slik. Hver seksjon inneholder likeledes et forsøk på å etablere det angjeldende objekt i forhold til samtidige teorier om henholdsvis tegn og symptom, årsak, og behandling. På denne måten håper jeg at radesykens karakteristiske univers kan tre frem litt tydeligere enn det har gjort i den medisinhistoriske tradisjon som har behandlet radesyken inntil nå. Navnet radesyke er gjenstand for utallige problematiseringer, noe som vil løftes frem i et eget kapittel. Avslutningsvis forsøker jeg også å diskutere disse tekstenes forhold til kjønn, til spørsmålet om det nasjonale, og til navngivingen av sykdom.

Denne delen kan for så vidt også betegnes som en begrephistorisk gjennomgang – der jeg forsøker å historisere ikke bare radesyken, men også de begreper den blir fremstilt med. Bare slik kan vi nå en erkjennelse av radesyken som historisk fenomen.

1. Den medisinske opplysning

Hva kjennetegnet medisinen i opplysningstiden? Legen baserte sin fortolkning på naturfilosofien og den medisinske teori, en fortolkning som også inkorporerte vurderinger vedrørende pasientens moralske og sosiale stand. I likhet med opplysningstidens tekster generelt, inneholdt de medisinske tekster på denne tiden en avvisning av autoriteter, og spesielt av Galen. Hver mann ble sin egen autoritet, og det oppstod et mangfold av personer som presenterte sine egne systemer. Den tradisjonelle medisinske teoriens religiøse dimensjon ble nedtonet, i likhet med sjelens rolle i organismen. Kroppen ble følgelig i stadig mindre grad

Linnés oppdagelse av plantenes kjønnssystem var kjent av Claudian, Theophrastus, og Empedocles, og at selv i de frie kunster hadde de gamle foregrepet all moderne arkitektur, maleri og mekanikk. Dutens var for øvrig selv lege.

ansett som sjelens "instrument" og i stigende grad konseptualisert i mekanistiske termer. Troen på en Gud som kunne sende sin vrede over jorden i form av sykdom¹⁹⁸ ble avløst av deismen, en oppfatning av en Gud som fungerte som en tilbaketrukket iverksetter av en rasjonell og velordnet verden. Dette åpnet for en tilgang for den rasjonelle legen også på arenaer som ikke tidligere hadde vært gjenstand for medisinsk intervensjon, som for eksempel fødselsomsorg.¹⁹⁹

Fra midten av 1900-tallet og fremover har opplysningstiden i stigende grad blitt problematisert og nyansert. Opplysningstiden oppfattes ikke lenger som unisont rasjonell, fremskrittrettet og positiv. Sentrale filosofer fra Hegel til Theodor Adorno, Max Horkheimer og senere Michel Foucault, stilte spørsmål ved opplysningens udelte gode. Den ensidige dyrkningen av rasjonalitet, vitenskap, frihet og fremskritt ble underlagt et kritisk søkelys. Særlig rammet kritikken av vitenskapen hardt, og kritikken mot medisinen har kanskje vært spesielt fremtredende.²⁰⁰ Denne bestrebelsen innbefattet en nærmest grenseløs innblanding i samfunnsmedlemmenes vaner, levemåter, og selvoppfatning. Slike intervensjoner stod også sentralt i andre diskurser innenfor vitenskap, pedagogikk og politikk, men bare medisinen kunne love en forbedring av selve konstitusjonen – den helheten av det fysiske og det moralske – som generelt ble antatt å være grunnlaget for menneskelig fremskritt. Som Barbara Stafford har vist, representerte menneskekroppen "the ultimate visual compendium" for opplysningstidens encyclopedister. Dens synlige hele var kjent som en sammensetning av usynlige, ulike deler.²⁰¹

Den medisinske opplysning kan kanskje først og fremst forstås som en etos for reform. Det var ikke konsensus vedrørende hva som skulle endres, men det var en grunnleggende enighet om at medisinske ideer og praksiser skulle og kunne transformeres, at medisinske praktikere skulle anta nye og sosialt viktige roller, og at når medisinen skulle endres, krevde dette grundige overveielser.²⁰² Som den franske historikeren Robert Darnton skrev i sin bok om mesmerismen i Frankrike, innebar troen på vitenskapelig fremskritt på slutten av 1700-tallet en tilnærmet ubegrenset tiltro til alt mennesket kunne gjøre: fly, gå på vannet – og ikke

¹⁹⁸ Jfr. de spedalske i dogmatismens Norge, se Sandmo, *Ingeborg Gryttens kors*, s. 280.

¹⁹⁹ For et dansk-norsk eksempel, se Christian Elovius Mangor, *Kort Underretning om Frugtsommeliges og Barsekoners Levemaade og Pleie*, 2. utg. (Kjøbenhavn: Andreas Ritschkes Forlag, 1794).

²⁰⁰ Jfr. den såkalte antimedisinske bølgen, som ofte tar utgangspunkt i Foucaults arbeider.

²⁰¹ Barbara Maria Stafford, *Body Criticism: Imaging the Unseen in Enlightenment Art and Medicine* (Cambridge, Mass.: MIT Press, 1991), s. 12, 49-129.

²⁰² Jfr. Ludmilla Jordanova, "Earth Science and Environmental Medicine: The Synthesis of the Late Enlightenment," i Roy Porter og Ludmilla Jordanova (red.), *Images of the Earth. Essays in the History of the Environmental Sciences*, (Chalfont St. Giles: British Society for the History of Science, 1979), s. 166.

bare kurere sykdom, men fjerne den totalt fra jordens overflate.²⁰³ Det medisinske felt ble følgelig utvidet: legen skulle nå være familiedoktor, en som sørget for at sykdom ikke skulle finne sted. Temaer som tidligere hadde vært legen uvedkommende – som ordinære kvinnesykdommer, barnesykdommer, amming, barnets ernæring eller fødselskunnskap, ble nå viktig. Legen ble til en rådgiver, som ikke bare skulle kurere sykdommer, men også fremme helse.²⁰⁴ Nå var det i og for seg ikke nytt å fokusere på sykdomsforebygging eller helsepromotering. Det nye var snarere de systematiske forsøk på å informere publikum ved hjelp av bøker og selvhjelpsmanualer, og å bruke boktrykkerkunsten for å opplære publikum i den riktige dietetiske levemåten.²⁰⁵

Som jeg skal vise, var dette reformatos tydelig i styresmaktenes tilnærming til radesyken – sentrale organer har en oppfatning av at medisinen kan virke i samfunnet, at sykdom kan og skal unngås. Men det er også tydelig innenfor disse skriftene, som inngår i en dialog med samtidens medisinske litteratur – og der radesyken etableres som vitenskapelig objekt. Det som her blir tydelig, er hvordan dette objektet ikke er enhetlig eller entydig, men at det handler om et mangfold av objekter, som allikevel er én, radesyken omtales i entall og foreslås ikke oppløst som enhet. For en moderne leser er disse tekstene svært forvirrende, og ettertidens dom er at de er preget av luftige spekulasjoner og selvmotsigelser. I det som følger skal jeg forsøke å gjøre radesyketekstene forståelige ved å samlese dem med samtidige tekster. Jeg vil med andre ord forsøke å bedømme dem på deres egne premisser – ut fra deres egen kontekst. Radesyken slik den fremstår i disse tekstene er en sykdom som hører til 1700-tallet – og ikke til vår tid. Det vil legges vekt på å forklare det som synes fremmed, å knytte forbindelsene til samtidens medisinske teorier snarere enn til dagens diagnostiske standarder. Som medisinhistorikeren Jean Pierre Peter lakonisk formulerte det etter å ha arbeidet med diagnoser på slutten av 1700-tallet: "hier aber tritt man ein in eine Welt, in der die Bezeichnungen für Formen und Farben nicht mit den heutigen übereinstimmen."²⁰⁶

²⁰³ Robert Darnton, *Mesmerism and the End of the Enlightenment in France* (Cambridge (Mass.): Harvard University Press, 1968).

²⁰⁴ For dette i en norsk-dansk kontekst, se Mellemgård, *Kroppens natur*.

²⁰⁵ En annen forfatter som ble mye lest, var Jean-Jacques Rousseau. Den kongelige livlege i Struensee-perioden, Christian Johan Berger, stod for en "naturlig" oppdragelse i tråd med Rousseau ved det danske hoff. Bl.a. gikk prinsen barbert selv om vinteren, fordi han slik skulle herdes til en naturlig god helse. Berger var også den samme som stod for nedleggelsen av hospitalskirken og inndragelsen av prestens værelser ved Det Kongelige St. Frederiks Hospital for å få plass til venerisk syke. Jfr. Julius Petersen, *Om lægen Christian Johann Berger* (Kjøbenhavn: 1891).

²⁰⁶ Jean Pierre Peter, "Kranke und Krankheiten am Ende des 18. Jahrhunderts (aufgrund einer Untersuchung der Königlich-Medizinischen Gesellschaft 1774-94)" i Arthur Imhof (red.), *Biologie des Menschen in der Geschichte. Beiträge zur Sozialgeschichte der Neuzeit aus Frankreich und Skandinavien*, (Stuttgart: Frommann, 1978), her s. 274.

1.2. Radesykeverkene som den norske medisinske opplysning

Radesyketekstene utgjør intet mindre enn den første medisinske litteratur produsert på morsmålet for nordmenn, en av bøkene er til og med trykket i Norge. På den ene side presenterer tekstene en eksplisitt refleksjon over sykdommens natur. Bøkene behandler radesyken som separat sykdom, diskuterer hvordan den skal klassifiseres, og hvordan den skal relateres til andre sykdommer. I dette knyttes det også tidvis forbindelser til internasjonal faglitteratur. På den annen side er de fleste av de verk jeg her skal ta for meg også del av opplysningskulturen. Alle bortsett fra én er skrevet på morsmålet, og har det uttrykkelige siktemål å opplyse allmuen om sykdommen som truer hele befolkningen. De er ikke skrevet primært for å inngå i en vitenskapelig tradisjon. De er skrevet med det praktiske siktemål at så mange som mulig skal få vite sykdommens kjennetegn, slik at de kan identifisere den, kjenne dens årsaker og dermed vite hvordan de kan unngå den, og endelig kjenne til dens behandling og vite hvordan de skal forholde seg hvis det ikke er leger i nærheten. I flere av disse verkene blir denne intensjonen kunngjort allerede på tittelbladet, som vi senere skal se.

I annen halvdel av 1700-tallet oppstod en dansk-norsk litteratur om hvordan sunnheten kunne opprettholdes, et uttrykk for en ny holdning om at mennesket selv kunne forme sin kropp. Slike selvhjelpsbøker var i og for seg ikke noe nytt. I Danmark-Norge hadde vi hatt Henrik Harpestreng og Henrik Schmidt i århundrene før. Det som var nytt, var imidlertid det nye store markedet for slike bøker og det omfang de antok. I Danmark-Norge fikk den medisinske opplysningslitteraturen et radikalt oppsving.²⁰⁷ Denne litteraturen hentet sine forbilder fra Tyskland, England og Frankrike, og henvendte seg i sær til det velstående borgerskap i storbyen København. Landlivet ble forstått i rousseauske termer som det nærmeste man kom et naturlig levesett. Byen derimot, fremstod som forurenset og bedervet. Derfor var det i byene forbedringspotensialet var ansett som størst, også fordi man mente det velstående borgerskapet lettere kunne endre sitt levesett. Det var ikke små forventninger man hadde. Livet skulle bli adskillig lengre, og ikke minst sunnere og mer naturlig. Fascinasjonen over det lange livet kommer blant annet til syne i en "levnedsbeskrivelse" over en norsk sjømann som angivelig hadde levd i nesten 150 år, skrevet av C. E. Mangor, som også har forfattet en av radesyketekstene.²⁰⁸ I motsetning til livet i byen ble allmuens liv på landsbygda

²⁰⁷ Dette har Signe Mellemegaard vist i sin gjennomgang av slik litteratur i 1700-tallets annen halvdel. Se Mellemegaard, *Kroppens natur*.

²⁰⁸ Mangor, *Den ældgamle Normands, Christian Jacobsen Drakenbergs, Levnets-Beskrivelse: tilligemed den over ham holdte Liigprædigen og hans Portrait*. Cristian Jacobsen Drakenberg var en dansk sjømann, født i Bohuslen (som da tilhørte Norge, jfr. tittelen på boken), som ifølge egne opplysninger skulle ha nådd en alder av 145 da han døde i 1772. Ovenfor Christian IV imponerte han ved å fortelle at han hadde levd under fem danske konger og gjort krigstjeneste i tre store kriger, og han levde de siste elleve årene med kongelig pensjon. Han ble

ansett som sunt og helsefremmende. Den landlige allmuen hadde sunne skikker, var omgitt av frisk luft, drev med legemlig arbeid som styrket fordøyelsen og legemet (i motsetning til bylivet som var preget av for mye stillesitting), de overanstrengte seg ikke intellektuelt (var således mindre utsatt for melankoli) og de hadde ikke mange seksuelle utsvevelser med ukjente (og var dermed mindre utsatt for venerisk sykdom). Allikevel fantes det forbedringspotensiale på landsbygda også. Folk flest bodde for trangt, i varme, skitne og klamme værelser, hadde uordentlige sengeskikker og drakk for mye brennevin. Dermed måtte de også opplyses: fra prekestolen og ved møter med de enkelte leger ute på landsbygda, men også ved hjelp av tekster om sunnhet og sykdom rettet spesielt mot landsbygdas publikum.²⁰⁹

En ting var å opplyse byborgerskapet, som delte de samme kulturelle og sosiale koder som skribentene selv, helt andre problemer møtte dem som ville opplyse allmuen. Den tyskfødte professor Johann Clemens Tode (1736–1804) påpekte at avstanden var enorm – både geografisk, sosioøkonomisk og kulturell, og minnet om at det å skulle drive helseopplysning på landsbygda innebar å bringe medisinsk rasjonalitet til et område der det aldri før hadde vært leger. I kraftige ordelag kritiserte han legenes tamme forsøk på å rette seg mot allmuen. Hans poeng var at legene tiltalte sitt publikum på landsbygda på et fremmed språk, og dermed uvegerlig mislykkedes i å vinne tillit. Skulle tilliten opprettes, måtte det skje gjennom personlig kontakt og ikke gjennom boklig opplysning, hevdet han. Legene måtte oppsøke de fattige i loftsværelser og kjellere, i hus og hytter. Alt dette skriveri, sa Tode om sin samtids opplysningsiver, var tomt snakk, og han sammenlignet ropet etter opplysning med posthornets gjallen, som bekjentgjorde postvognens komme, men endelig ankom med en tom vogn. Legene oppførte seg som om de var redd for å bli smittet av de fattige:

[D]enen by der unvermeidlichen Annäherungen eines Geringen angst und bange ist, von der Sitten und der Sprache, ach! der abscheulichen Sprache des Pöbels angesteckt zu werden, so daß man es ihnen in den erhabenen Kreisen, worin sie sich wälzen, anhören könnte, daß sie sich in ihrem Beruf encanaillirt hätten.²¹⁰

Tode snakket for døve ører; på slutten av 1700-tallet var sjangeren medisinsk opplysning definitivt etablert i det dansk-norske området. Den hadde sakens internasjonale forbilder. Et viktig forelegg for opplysningslitteratur rettet til almuen på landet var Auguste Tissots

litt av et kuriosum i sin samtid, og Mangor bruker ham til å beskrive hvordan man skal leve lenge. Liket hans skal etter sigende ha ligget til skue i Laurids Ebbesens kapell i Århus domkirke.

²⁰⁹ Henning Schmidt og Niels Kayser Nielsen har sågar hevdet at denne allmueopplysningen nærmet seg driftssublimering. Se Niels Kayser Nielsen, *Krop og oplysning - om kropskultur i Danmark 1780-1900* (Odense: Odense universitetsforlag, 1993).

²¹⁰ Johan Clemens Tode, *Der unterhaltende Arzt über Gesundheitspflege. Schönheit, Medicinalwesen, Religion und Sitten*, bind 1-4 (København: 1785-89), bd. IV, s. 143. Sitert fra Mellemsgaard, *Kroppens natur*, s. 200.

Underretning for Landmanden, som kom på dansk i 1770.²¹¹ Boken var en enorm internasjonal suksess, den nådde 10 opplag på seks år, og ble trykket i minst 46 utgaver på 15 språk. Bakgrunnen, hevdet Tode, var den samfunnsmessige verdi av landbefolkningens sunnhet. En generell holdning på den tiden, også i Danmark-Norge, var at det fant sted en generell avfolkning, og Tissot påpekte at dette representerte en fare for staten. Men hvordan skulle man nå frem til allmuen? Han mente det var urealistisk å tro at bøndene skulle få hans bok i hende, for ikke å si lese og forstå dens innhold. Derfor var hans primære publikum de som skulle hjelpe allmuen, nemlig prester, godseiere, lærere og kirurger, muligens også noen velstående bønder. Det samme ser vi også i radesykelitteraturen: københavnerlegen C. E. Mangor skriver for eksempel i fortalen til sitt verk om radesyken at han primært henvendte seg til ”andre [enn leger], som have Menneskekierlighed nok til at ville gaae den fattige til Haande med gode Raad, og for Landboere, som burde lære at vogte sig.” Helt til sist i boken oppfordrer han presten om å informere om alle radesykens årsaker fra prekestolen. Sammen med prestekonen kunne han utrette mye. Foruten den glede de ville få av å hjelpe til med å utrydde ”saa stor en Landeplage”, og den lønn de ville få i himmelen, ville det være dem selv til stor nytte, ettersom heller ikke de var trygge for smitten, påpekte Mangor.

Sjangeren ble ofte tilpasset den ideelle mottaker, altså ikke de som var tenkt som de reelle lesere (prester, godseiere etc), men allmuen selv. Slik skulle det bli lettere for de reelle lesere å formidle innholdet videre. Opplysningsskriftene ble følgelig utgitt både i form av almanakker og katekismer, i en form allmuen var vant til. Et skandinavisk eksempel er Nils Rosen von Rosensteins bok *Underretning om Børne-Sygdomme* som utkom i almanakker fra 1753, mens sunnhetskatekismene hadde sitt oppsving i annen halvdel av århundret, med Fausts sunnhetskatekisme som den viktigste. Radesyketekstene er ikke gitt en slik form, og ingen av dem representerer slike forsøk på å krysse sjanger i opplysningsøyemed. C. E. Mangor unnskylder sin teksts ”vidløftighet” med at allmuen må få det utførlig og langt for å forstå det: ”og blant alle dem [Landboere] har jeg vist Lov at sætte, at nogle knap kan faae det tydeligt nok.” Imidlertid har han trykket boken i forskjellig skriftstørrelse, slik at viktige steder er trykket med noe større bokstaver, mens andre steder blir stående i normale typer. Det inviterer leseren til å lese en kortversjon ved å skimme de uthevede partier, selv om dette aldri kommenteres eksplisitt av Mangor i hans tekst.²¹² Legen ved radesykehuset i Flekkefjord,

²¹¹ Tissot, *Underretning for Landmanden, angaaende Sundheden*.

²¹² Et eksempel på denne vekslingen i skriftstørrelse følger her: ”I samme Tiid faae nogle sorte Tænder, som smulne bort og falde ud; Tandkiødet bliver ømt, svampigt og bolner; de have saa stinkende Aande, at

Hendrik Deegen, er den eneste som har laget en kort og summarisk tekst på bare 31 sider, og vil at den skal være ”saa kort som mueligt”, og ”saa tydelig og forstaaeligt for Almuesmanden som Sagens Natur har villet tillade mig det.”²¹³ Han bruker konsekvent populære ord, og presiserer endatil i en fotnote at han bruker uttrykket ”Himmelen i Munden” heller enn å sette ”Mundens hvælving (Palatum) efterdi den gemene Mand best er vant dertil” (Deegen s. 14). Begge disse fremstillingene er altså eksplisitt rettet inn mot allmuen, men med vidt forskjellig retorisk strategi, muligens fordi Mangor nok primært skriver til allmuen via deres ”hjælpere”, mens Deegens tekst ikke er beregnet på slike formidlere.

Hvorfor ble slike tekster plutselig så viktige? En del av forklaringen på opplysningslitteraturens økende utbredelse ligger i et endret bokmarked. I hele Europa fant det sted en økt sirkulasjon av bøker gjennom 1700-tallet på grunn av bedre trykkerier. Dette skapte en utvidelse av det tradisjonelle offentlige publikum, og medførte at informasjonssirkulasjonen økte og markedet ble utvidet til å inkludere også den navnløse og i økende grad udefinerbare ”leser”. Mens Kongen tidligere hadde vært modellmottaker av tekster, og hans delegerte ofte hadde vært blant de få som leste dem, så ble mottageren nå en ukjent. Danmark-Norge fikk en brå start på dette endrede forholdet mellom sender og mottaker i og med Struensees innføring av trykkefrihetsreskriptet den 17. september 1770. Inntil da hadde det vært streng forhåndssensur av trykte skrifter, mens Struensee etablerte verdens mest vidtgående lov om trykkefrihet. Loven ble innstrammet noe med en ansvarsparagraf noen måneder senere, og praksis betydelig innskjerpet etter Struensees fall i 1772. Men forhåndssensur ble aldri gjeninnført. Dette gjorde at en abstrakt mottaker ble mulig. I økende grad fikk de nye leserne tilgang til antikkens og middelalderens teorier og begreper, som naturlovene, likhet, de galenske væsker osv., og de ble i stigende grad diskutert på trykk. Utvidelsen av skriftkulturen underminerte dessuten den muntlige tradisjons status, og universalisert kunnskap ble tillagt økende vekt. I skriftkulturens kontekst var den overlevering av hemmeligheter og ferdigheter som fant sted fra mester til lærling ansett som et for smalt og subjektivt grunnlag for medisinsk praksis. Økningen av den medisinske presse, i likhet med den generelle presseøkningen, endret det som ble regnet som ”god” kunnskap, hvem som formidlet den, og hvor den kunne finnes.²¹⁴ Radesyketekstene står midt i denne endringen. De skal bibringe kunnskap og gjøre den tilgjengelig for alle, men primært er de

de kan opfylde heele Huuset med en næsten utaalelig Stank, hvori nok ogsaa deres stinkende Sved har megen Deel; deres Spyt er og stinkende og Seyt” (Mangor, s. 22).

²¹³ Deegen, *Noget om Radesygen*, s. 5.

²¹⁴ Susan C. Lawrence, *Charitable Knowledge: Hospital Pupils and Practitioners in Eighteenth-Century London* (Cambridge/New York: Cambridge University Press, 1996).

rettet mot allmuen og deres hjelpere på landsbygda, og som sådan er deres primære anliggende å få ting til å skje der de blir lest. Samtidig representerer de også et ideal om en universalisering av kunnskap – allmuen skal nå ikke være prisgitt kvakksalvernes ideosynkrasier, de skal få direkte tilgang til kunnskapens tre.

Et programskrift for opplysningslitteraturen var blant annet Kants artikkel *Was ist Aufklärung*. Opplysning er ifølge Kant at mennesket forlater sin selvforskyldte umyndighet og i stedet gjør bruk av sin frihet (forstått som selvbestemmelse). Et av Kants eksempler er hentet fra medisinen; det er et eksempel på selvforskyldt umyndighet når legen bestemmer hvordan vi skal leve våre liv. Hans skrift er ikke bare å forstå som beskrivelsen av en historisk prosess som han selv står midt oppe i, det inneholder også en moralsk fordring: *sapere aude!* (våg å vite!).²¹⁵ Mennesket har en plikt til å forlate sin selvforskyldte umyndighet. Den medisinske opplysningslitteraturen, radesykelitteraturen inkludert, er imidlertid ikke innrettet på å skulle gjøre allmuen i stand til å skjønne sine egne medisinske tilfeller helt uavhengig av andre. Legen er fremdeles satt til å vokte over kropp og sinn, det er kvakksalveren allmuen skal gjøres uavhengig av gjennom disse bøkene. Det er således en ambivalent opplysning som her kommer til syne. Muligens kan disse tekstene sies å iverksette en selvforskyldt umyndighet snarere enn å avskaffe den. Målet med radesyketekstene er å få folk til å handle ut fra egen fornuft, men deres oppførsel må paradoksalt nok skje i overenstemmelse med legens råd og veiledning, altså fremdeles under andres ledelse. Hjelperne på landsbygda, lesere av opplysningslitteraturen, skulle ikke gjøre legen overflødig. I radesykelitteraturen får dette blant annet den konsekvens at direkte råd om behandling som for eksempel konkrete reseptangivelser som hovedregel ikke oppgis eller oppgis på latin,²¹⁶ og i de tilfelle slike konkrete anvisninger forekommer kodes teksten slik at den bare er leselig for andre leger eller til nød prester. Det var kvakksalveren som skulle gjøres overflødig, det var hans forstand det var farlig å ledes av, ikke legenes. Bøkene skulle bistå allmuens hjelpere på landsbygda med å tre hjelpende til når legen ikke var der, til å agere som hans forlengede arm, slik at behovet for kvakksalverne skulle bli mindre. Målet for opplysningen var altså ikke å gjøre folket uavhengig av legen, men av kvakksalveren. Eksplisitte referanser til en slik avvisning av kvakksalveren og opphøyning av legen finnes flere steder i disse avhandlingene.

²¹⁵ Immanuel Kant, "Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?," *Berlinische Monatschrift* IV (1785): 481-94, s. 481.

²¹⁶ Mangor er unntaket her; han har konsekvent oversatt alle reseptangivelser til norsk, både dosering og type medikament. Drammenslegen Arboe skriver utførlige resepter, men de er på latin. Som vi seneere skal se kan hans bok sees som et eneste langt forsvar mot at han skulle besitte et arcanum, en hemmelig oppskrift. Forsvaret må da nødvendigvis inkludere en nøyaktig redegjørelse for hvilke medisiner han har brukt.

Opplysningskulturen og disse verkene er uttrykk for en endret selvforståelse innen det medisinske felt. Medisinen skulle ikke lenger utelukkende behandle de syke og gi råd til dem som oppsøkte dem; den tok nå sikte på å avstedkomme grunnleggende endringer i folks handlinger og levemåte. Opplysningslitteraturen skulle transformere samfunnsmedlemmene og endre deres sosiale praksis slik at den samsvarte bedre med medisinske levereregler.²¹⁷ At opplysningslitteraturen ble ansett som et betydelig politisk verktøy, er tydelig flere steder i radesykedokumentene. I radesykekommisjonens rapport understrekes at en ”anvisning” om radesykens kjennetegn og behandling bør trykkes og utdeles fritt i Norge, slik at prestene ved hjelp av enkle medisiner kunne hindre sykdommens videre utvikling:

Om det maatte behage deres kongl majest at lade i anledning af dette Udkast udgivne ved Trykken til frie Utdeling i Norge, en Anviisning om Radesygens Kiendemærker og Behandling med videre [...] Præsterne kunde da formedelst de der angivne simple Medicamenter maaske forekomme Sygdommens videre fremgang.²¹⁸

Utarbeidelsen av skriftet ble imidlertid liggende i bero inntil 1786, fordi kommisjonen ikke fikk noe svar fra kongen om hva slags øvrige planer man ville legge for å hindre utbredelsen av sykdommen. I 1786 viser imidlertid Collegium Medicum til rapporten fra kommisjonen, og foreslår for kanselliet at en slik skrivelse bør bli utformet på Kongens bekostning. Noen måneder etter får de et bekreftende svar, og det interessante er begrunnelsen: Ikke bare anså de opplysningslitteraturen som et av mange hjelpemidler i kampen mot radesyken, det å dele ut en trykt beskrivelse om radesykens kjennetegn, behandlingsmåte og årsaker var ansett som den *beste* måten å hindre radesykens fremgang på.²¹⁹ Opplysningslitteraturen blir altså tilkjent en helt særegen kraft – den skal handle og virke i samfunnet. Den litteratur som her skal behandles er altså ikke et ubetydelig biprodukt av radesykeepidemien; disse skriftene anses som en elementær del av radesykens politikk. Følgende tekster vil bli drøftet i denne delen: Johannes Møllers avhandling om det han kaller den norske skjørbuk,²²⁰ Hendrik Deegens observasjoner fra sykehuset i Flekkefjord,²²¹ Nikolay Arbos avhandling om radesyken eller saltflod, C. E. Mangors gjennomgang av radesykens kjennetegn, årsaker og helbredelse,²²² J. C. Mülertz’ tekst om radesyken,²²³ og endelig Frederik Holsts doktoravhandling.²²⁴

²¹⁷ Se Mellemegaard, *Kroppens natur*.

²¹⁸ Radesykekommisjonens rapport fra 1780: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk. 165.

²¹⁹ Collegium Medicum hadde foreslått i brev av 20.2.1786 at radesykens fremgang best kunne hindres ved en trykt beskrivelse om radesykens kjennetegn, behandlingsmåte og årsaker. I sitt svar av 6.5.1786 anmoder det danske kanselli kollegiet om å få en slik bok besørget, og at den skal bli trykket og utdelt på Kongens bekostning: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk. 165.

²²⁰ Møller, *Forsøg i det som angaaer det Norske Folks Sundhed*.

²²¹ Deegen, *Noget om Radesygen*.

²²² Mangor, *Underretning om Radesygens Kiendetegn, Aarsager og Helbredelse*. Boken finnes i en skifteprotokoll etter bonde Gunder Løvslund, 17. mai 1810, statsarkivet i Kristiansand. Mandal skifteprotokoll nr. 14 A, fol. 307-313, leseselskaper i Kristiansand stift (jfr. Lis Byberg, *Biskopen, bøndene og bøkene*:

1.3. Presentasjon av verkene

1. Johannes Møller: *Forsøg i det som angaaer det Norske Folks Sundhed*. Dette var det første verket som kom ut i det som skulle bli en hel serie av bøker om radesyken på 1700-tallet. Johannes Møller (1736–1796) tok doktorgraden i medisin i 1771 i København, flyttet like etter til Skien, og ble der ansett som ”byens ypperste representant for opplysningstiden”.²²⁵ Han var stadsfysikus i Bratsberg og den som initierte radesykehuset i dette amt. Han engasjerte seg i flere saker i hjembyen, og skrev i tillegg til om radesyken blant annet om hvordan man skulle gi dyrene fôr i tider med matmangel, om giftige planter, og om universitet i Norge. Som en av stifterne av Topographisk Selskab for Norge, var han også med å gi ut *Topographisk Journal for Norge*. Det foreliggende verk om radesyken var utgitt som åttende bind i *Nye Samling af det Kongelige Norske Videnskabers Selskabs Skrifter*, og kom i stand som resultat av en oppfordring fra dem.²²⁶ Møllers tekst er nok den av tekstene (med unntak av Holsts avhandling) som i minst grad retter seg mot mottakeren ute på landsbygda – her er mer inngående diskusjoner av medisinsk faglige spørsmål og flere litteraturreferanser enn i de andre verkene. Samtidig er det klart at han ikke skriver for et medisinsk publikum. Boken er skrevet på dansk og ikke på latin, og den bruker hovedsakelig norske ord om sykdom og behandling. Som tittelen antyder etablerer Møller radesyken som en allerede kjent sykdom – som en form for landskjørbuk. Sykdommen blir altså gjort kjent ved å knyttes til allerede eksisterende beskrivelser av skjørbuken. Og til tross for at Møller understreker at det er mange skjørbukssymptomer som mangler i ”den norske Skjørbug” eller ”lepra scorbutica” er det dette som utgjør det grunnleggende premiss i boken.

2. Hendrik Deegen: *Noget om Radesygen, observeret ved Sygehuuset i Flecheffjord og utgivet til Nytte for Almuen*.²²⁷ Hendrik Deegen var opprinnelig kirurg med eksamen fra

leseselskapene i Kristiansands stift 1798-1804 (Oslo: Høgskolen i Oslo, 1998), s. 175. Den finnes også i en ”Plan til et frit Laane-Bibliothek I Ørstens Sogn indrettet den 24de November 1797”, jfr. Johan Olaisen, *Volda folkebibliotek 1797-1900: lokal kulturhistorisk sammenheng, organisasjon, økonomi, bokbestand og utlån* (Trondheim: J.L. Olaisen, 1978), s. 223.

²²³ Mülertz, *Bidrag til Oplysning om Radesygens Natur og bedste Lægemaade*. Mülertz’ verk finnes forøvrig i Henrik Wergelands ”Fortegnelse over nogle Bøger, passende for Almue-Bogsamlinger” fra Budstikken, Ny S.D. 1 (1830), s. 60. Her finnes ikke Mangors bok (men hans *Land-apothek*), ikke Deegens, Arbos eller Møllers. Jfr. Arne Kildal og Karl Fischer, *Norske folkeboksamlinger: fra leseselskapets tid til bibliotekreformen av 1902* (Oslo: Aschehoug, 1949), s. 281.

²²⁴ Holst, *Morbus quem radesyge vocant*. Norsk utgave: Frederik Holst og Anne Kveim Lie (red.), *Hva er sykdommen som kalles Radesyge, og på hvilken måte kan den utrykkes fra Skandinavia? med utdrag av Claus Pavels’ dagboksnotater fra doktordisputasen*, overs. av Stig Oppedal (Oslo: Det norske medicinske Selskab, 2005).

²²⁵ Johannes Tønnessen, *Porsgrunns historie 1. Fra lasteplass til kjøpstad 1576-1807* (Porsgrunn: Porsgrunn kommune, 1956).

²²⁶ Møller, *Forsøg i det som angaaer det Norske Folks Sundhed*.

²²⁷ Deegen, *Noget om Radesygen*.

Tyskland, og tok medisinsk eksamen i København i 1776. Han skal omtales nærmere i neste del, da han var en av de tre første radesykelegene som ble sendt til Norge, og senere ble ansatt som lege ved radesykehuset i Flekkefjord. I motsetning til Møllers bok, som er utførlig og full av medisinske referanser, er Deegens bok knapp (32 sider) og blottet for drøftinger. Det presiseres allerede i tittelen både at det er observasjoner ved sykesengen det dreier seg om og at boken er utgitt for å komme allmuen til nytte. Boken er den første medisinske avhandling trykket i Norge.²²⁸ Bokens forord er rettet til ”høyædle og Velbaarne” amtmann Holm, som var amtmann i Lister og Mandal amt, og Deegens overordnede. I boken slår Deegen fast at radesyken er ”en Besmittelse av venerisk Natur”, og derfor må behandles med kvikksølv. Deegens lille tekst ble stort sett glemt inntil C.W. Boeck hentet den frem igjen i sin rekonstruksjon av radesyken som syfilis på midten av 1800-tallet.

3. Nicolaus Arbo (1723–97): *Afhandling om Radesygen eller Salt-flod*.²²⁹ Nikolai Arbo var født i Norge, og studerte medisin i Tyskland i nesten 11 år. Han tok den medisinske doktorgrad i 1752 med avhandlingen ”Analysis nitri physico-chemica”, og slo seg deretter ned som praktiserende lege i Strømsø hvor han ble til 1782, da han flyttet til Christianfeld.²³⁰ I innledningen til boken redegjør han for dens tilblivelse. Det hadde seg slik at noen hadde påstått at Arbo hadde et *arcanum*, eller hemmelig spesifikt middel, mot radesyken.²³¹ Ved siden av å være et opplysningsskrift om radesyken, er boken også en eneste lang redegjørelse for hvorfor hans behandlingsmåte ikke kan sies å være et *arcanum*. Arbo oppfatter radesyken som en skjørbutisk svakhet. Han er den eneste som presenterer sykehistorier, men sykehistoriene er der ikke utelukkende for å presentere sykdomsbildet. De fyller i høyeste grad også en annen funksjon: på et unntak nær er de suksesshistorier som skal bekrefte Arbos helbredelsesmetode. Denne er altså basert på ordinære medisiner fra apoteket, og ikke på noen

²²⁸ Hos Andreas Swane i Kristiansand. Andreas Swane drev boktrykkeri i Kristiansand fra 1779 til 1789. Blant annet utga trykkeriet Christiansandske Ugeblade. Da Deegens bok kom, i 1788, var Swane i trøbbel fordi han hadde trykket ”avertissementer” for Lofthus, bl.a. en sang om bondeopprøret som ble publisert i 1787, samme år som Lofthus ble arrestert. For det måtte han betale 100 rd. Dette kom i tillegg til Swanes private problemer. Selv var han hard på flasken og kona ble gjentatte ganger tatt for nasking. Trykkeriet ble solgt ved auksjon i 1789. Se Gunnar Jacobsen, *Norske boktrykkere og trykkerier gjennom fire århundrer: 1640-1940* (Oslo: Den norske boktrykkerforening, 1983).

²²⁹ Arbo, *Afhandling om Radesygen eller Salt-Flod*.

²³⁰ C. F. Bricka, *Dansk biografisk Lexikon: tillige omfattende Norge for Tidsrummet 1537-1814* (København: Gyldendal, 1887), vol.1, s. 307. Arboes bok kan gjenfinnes i Ullensvang sogns laanbibliothek, se Kildal og Fischer, *Norske folkeboksamlinger*, s. 290. Den fantes også i leseselskaper i Kristiansands stift, se Byberg, *Biskopen, bøndene og bøkene*, s.175.

²³¹ Det var amtmann Petersen som i brev av 29.4.1789 skrev til kanselliet at det gikk rykter om at en viss Doctor Arboe, som nå bodde i Christiansfeld, men før hadde vært i Drammen, skulle ha oppfunnet et *arcanum* mot radesyken. I *Sillejords Beskrivelse* skriver også presten Wille at Arboe ikke lot noen med radesyke gp hjelpeløs fra seg. Wille, *Beskrivelse over Sillejords Præstegjæld*.

hemmelig komposisjon. Arbos bok ble sendt ut til rikets amtmenn i 172 eksemplarer, og i 1793 sender kongen 320 eksemplarer av Arboes skrift til gratis fordeling i Akershus stift.²³²

4. Christian Elovius Mangor (1739–1801): Kort Underretning om Radesygens Kiendetegn, Aarsager og Helbredelse.²³³ Mangor var dansk og tok medisinsk eksamen i København i 1764. Samme år ble han lege ved radesykehuset i Christianssand, og var der til sykehuset ble nedlagt tredje desember 1765. I motsetning til Hendrik Deegen, som allerede på tittelbladet kunngjør at hans nedtegnelser baserer seg på observasjoner av de syke, sier ikke Mangor noe om egne erfaringer i boken. Etter å ha vært landphysicus i Viborg noen år, overtok han stadsfysikatet i København i 1783. Han etterfulgte Abildgaard som medlem av Collegium Medicum, der han fra 1795 også fungerte som sekretær.²³⁴ Med pliktene som stadsfysikus førte også det å være rettslege for hele byen, og han måtte foreta alle rettslige obduksjoner sammen med en kirurg og avgi erklæring til retten. Heller ikke denne erfaringen nevner han i boken, og han gir ikke noen anatomisk-patologisk beskrivelse av sykdommen.²³⁵ I et brev fra kanselliet den femte mai 1787 kom det oppfordringer om å lage et skrift om radesyken. Mangor sendte inn sin avhandling, og skjønt Collegium Medicum anbefalte at hans avhandling måtte trykkes, var det med den uttrykkelige reservasjon at dr. Bang, som hadde vært lege for de radesyke i København, mente den ikke dugde som terapiveiledning, fordi den advarte mot kvikksølvbehandling. Bang hadde understreket at de dietetiske regler kanskje kunne være nyttige, og rentekammeret mente man kunne la kapittel fem, som omhandlet dette, trykkes og distribueres. For øvrig mente han man heller kunne skrive av noen eksemplarer og gi til de kolleger som til daglig hadde med sykdommen å gjøre, og så kunne de deretter gjøre de tillegg og forbedringer som gjorde at man kunne lage en pålitelig veiledning for allmuen. Kollegiet gav altså ingen særlig autorisasjon av skriftet, og det er usikkert hvorvidt Mangor ble tilkjent de 100 riksdaler som var utlovet i den forbindelse. Selv

²³² Statsarkivet i Oslo. Stiftsdireksjonens pakkesaker, circulære av 12.9 1773. Jfr. Sølvi Sogner, *Folkevekst og flytting: en historisk-demografisk studie i 1700-årenes Øst-Norge* (Oslo: Universitetsforlaget, 1979), s. 158.

²³³ Mangor, *Underretning om Radesygens Kiendetegn, Aarsager og Helbredelse*. Boken finnes i en skifteprotokoll etter bonde Gunder Løvslund, 17.5.1810: Statsarkivet i Kristiansand, Mandal skifteprot. nr. 14 A, fol. 307-313, i leseselskaper i Kristiansand stift (jfr. Byberg, *Biskopen, bøndene og bøkene*, s. 175.) Den finnes også i en "Plan til et frit Laane-Bibliothek I Ørstens Sogn indrettet den 24de November 1797", jfr. Olaisen, *Volda folkebibliotek 1797-1900: lokal kulturhistorisk sammenheng, organisasjon, økonomi, bokbestand og utlån*, s. 223.

²³⁴ Hans ettermæle er ikke av de beste. I *Biografisk leksikon* står det om ham: "Det var imidlertid stadig noget meget uroligt over hele hans Færd og Gjærning.[...] Særlig træder denne urolige ustadighed frem i hans videnskabelige og litterære Bestrebelse. Han begyndte paa mange, til Dels stort anlagte litterære Arbejder, [...], men fullførte intet af store videnskabelig Betydning efter sin Ungdoms Doktordisputas." Bricka, *Dansk biografisk Lexikon: tillige omfattende Norge for Tidsrummet 1537-1814*, vol. 11, s. 92-3.

²³⁵ Noe som er interessant for så vidt som det styrker antagelsen av et brudd og ikke en kontinuitet i overgangen mot den kliniske patologi. Mange har forsøkt å avvise Ackerknechts og Foucaults teser om et grunnleggende epistemisk brudd i og med pariserklinikken, nettopp ved å peke på eksistensen av rettslige anatomiske praksiser. Men vi ser altså her at Mangors langstrakte erfaring som obdusør ikke brukes i hans kliniske diskusjoner.

sier han i fortalen til boken at den er ”forfattet 1789 efter det kongl. Danske Kancellies Befaling, men af adskillige Aarsager utrykt indtil nu.”

Mangors og Arbos bøker ble oversatt til tysk i 1797 med et forord av Philipp Gabriel Hensler.²³⁶ I *Medicinish-Chirurgische Zeitung* fikk de to bøkene en anmeldelse over hele åtte sider.²³⁷ Her legger anmelderen vekt på hvordan Arbo er en betrakter, mens Mangor er en fremstillingens mann (”Jenem gebührt also das Verdienst der Beobachtung, diesem der Darstellung”).²³⁸ Der Arbo begrenser seg til det han har sett i de sydlige deler av Norge, har Mangor gått ut fra beskrivelsene til flere betraktere og laget et mer allment, mer omfattende bilde av sykdommen, mener anmelderen.

5. Johann Carl Mülertz. *Bidrag til Oplysning om Radesygens natur og bedste Lægemaade*.²³⁹ Mülertz ble apoteker i Skien i 1807. Han sier selv i forordet at han ble oppfordret til å skrive denne avhandlingen av professor Tode, som han møtte i København. Den danske etatsråd og livlege Brandis hadde ikke mye til overs for den ”norske Apotheker Mülertz’ Sniksnak og chemiske Drømmeri for at opdage de fordærvede Vædskers Natur og deraf opdigte Sygdommens Species”.²⁴⁰ Mülertz’ verk er nok den av radesyketekstene som er mest influert av iatrokjemien, eller den retning innenfor medisinen som forklarte sykdommer ut fra kjemiske teorier. Han deler i boken sin radesyken inn i henhold til blodets kjemiske tilstand, henholdsvis den sure, salte, harske og oljeaktige radesyke. Disse typene bestemmer hvilke symptomer som fremkommer (sure, salte, harske), og hvilken behandling som skal gis i de enkelte tilfeller.

6. Frederik Holst. *Morbus quem radesyge vocant quinam sit quanamque ratione e Scandinavia tollendus*.²⁴¹ Det dreier seg om den aller første doktoravhandling som ble innlevert på det nye universitetet i Christiania. Holst disputerte i 1817, bare tre år etter at det medisinske fakultet kom i drift. Han ble professor i medisin i 1824, og kom til å prege norsk medisin gjennom hele sin levetid. På den ene siden stod han for en grunnleggende medikalisering av områder som ikke tidligere hadde blitt ansett som relevante for medisinen, først og fremst rettspleien og psykiatrien. Denne teksten skiller seg i vesentlig grad fra de andre tekstene som her behandles. Den er skrevet betydelig senere enn de andre verkene.

²³⁶ Nicolaus Arbo og Christian Elovius Mangor, *Zwey Abhandlungen von den Kennzeichen, Ursachen und der Heilmethode der Radesyge von Arbo und Mangor. Mit einer Vorrede von Phil. Gabr. Hensler* (Altona: Hammerich, 1797).

²³⁷ *Medicinish-chirurgische Zeitung*, 1798, 2. theil, s. s. 247.

²³⁸ *Medicinish-chirurgische Zeitung*, 1798, 2. theil, s. 241-248.

²³⁹ Mülertz, *Bidrag til Oplysning om Radesygens Natur og bedste Lægemaade*.

²⁴⁰ Philip Brandis, ”Om den ditmarsiske Syge ” *Bibliothek for læger* 2 (1810): 1-26, s. 6-7.

²⁴¹ Holst, *Morbus quem radesyge vocant*. Oversatt til norsk: Holst og Lie (red.), *Hva er sykdommen som kalles Radesyge*.

Dessuten er dette en akademisk avhandling, skrevet på latin, og ikke som de andre et opplysningsverk rettet mot legfolk. Grunnen til at hans verk allikevel er med i denne drøftingen, er at det på mange måter er del av den faglige tradisjon jeg vil fremheve her. Radesyken som Holst tar for seg, er en radesyke som tilhører 1700-tallet mer enn den tilhører 1800-tallet. Han utgjør på samme tid toppunkt for den nosologiske tradisjon, og overgangen til den neste, noe jeg håper skal bli klart i det som følger.

Dette er de titler jeg kommer til å ta mest inngående for meg i det følgende. Men det finnes også andre bøker som mer eller mindre eksplisitt tar for seg radesyken i denne perioden, og som jeg i varierende grad kommer til å trekke veksler på i diskusjonen som følger. Jens Matthiesen skrev en anvisning til å kjenne og helbrede radesyken, som bare i liten grad vil trekkes inn, fordi den er så kort og skiller seg lite fra de andre.²⁴² For øvrig vil det bli sporadisk referert til Johan Petersens avhandling om skjorbukken,²⁴³ Jonas Gislasons avhandling om radesyken *De elephantiasi Norvegica*, Wilhelm Georg Pfefferkorns *Ueber die norwegische Radesyge und Spedalskhed*,²⁴⁴ og Hans Strøms to opplysningsverk *Kort Underviisning om De paa Landet, i Bergens Stift, meest grasserende Sygdomme, og derimod tienende Hjelpe-Midler*, og *Anmærkninger til Oplysning om den ved Søkysterne i Norge gængse Spedalskhed*.²⁴⁵

I det som følger skal det gjøres et forsøk på å beskrive hvordan radesyken fremstår i den medisinske litteraturen. Hvordan etableres radesyken? Hvilke andre sykdommer blir den relatert til? Av de boktitler som er oppgitt fremgår at radesykeforfatterne forholder seg til andre kjente sykdommer i samtiden i sine bestrebelser på å redegjøre for dens natur, kjennetegn, behandling og årsak. Noen kaller den skjorbuk, andre spedalskhed, og atter andre venerisk sykdom, mange hevder den er en sammenblanding av disse, og noen at den er en egen sykdom som forholder seg til de andre sykdommene på ulike måter. Skjorbuk, spedalskhed og venerisk sykdom var betydningsmettede begreper som på ingen måte impliserte det samme for et menneske på 1700-tallet som det gjør i dag. Helt kort vil jeg derfor i det som følger umiddelbart gi et kort riss av noen av de elementer som disse sykdommene innebar på 1700-tallet, om ikke annet for å understreke at dette ikke var de samme sykdommene vi forbinder med begrepene i dag.

²⁴² Jens Matthiessen, *Anviisning til at kiende og helbrede Radesygen* (Kjøbenhavn: 1796).

²⁴³ Johan Petersen, *Den saa kaldede islandske Skiörbug: beskreven udi en kort Afhandling* (Gorø: Jonas Lindgren, 1769).

²⁴⁴ Wilhelm Georg Pfefferkorn, *Ueber die norwegische Radesyge und Spedalskhed, als eine Probeschrift zur Erlangung der Doctorwürde* (Altona: Hammerich, 1797). Blir på det sterkeste anbefalt i en anmeldelse i *Medicinish-Chirurgische Zeitung*, 9, 1798, del 3, s. 3-6.

²⁴⁵ Hans Strøm, *Anmærkninger til Oplysning om den ved Søkysterne i Norge gængse Spedalskhed, Nye Samling af det Kongelige Norske Videnskabers Selskabs Skrifter* (Kjøbenhavn: Christian Gottlob Prost, 1784).

1.4. Skjørbuk, spedalskhet, venerisk sykdom

Som utgangspunkt vil jeg bruke C. E. Mangors *Landapothek*, en selvhjelpsbok som angav de vanligste sykdommer og deres legemidler til bruk for mennesker på landsbygda, en enormt populær bok som kom i stadig større og utvidede opplag utover på 1700-tallet etter førsteutgaven i 1767.²⁴⁶

I Mangors *Land-apothek* står følgende innførsel om skjorbuk:

Denne ytrer sig allerførst med en besynderlig Dorskhed baade i Henseende til Sindet og Legemet, samt ved Ulyst til Arbeide, Træthed og Stakaande ved enhver Bevægelse, hvorhos tillige for det meeste følger en sygelig Ansigtsfarve og en tør Hud, saa at den Syge end ikke sveder ved Arbeidet; og skeer det, er Sveden ikke varm. Siden kommer blaae, røde eller graaeagtige Plætter paa Huden, næsten aldrig runde, men af forskjellig Skikkelse og Størrelse, og meest paa Laar, Been, Arme og Hænder. Tandkiødet kløer, bliver hovent, svampet, og bløder lettelig, naar man gnider det eller spiser. [...] Længere hen bliver Matheden større, Tænderne løsnes, Tandkiødet angribes af Bolning, Aanden stinker, uden at Tungen er ureen nok til, at det kan være af Maven. Kræfterne gaae af Benene, og Hævelsen tiltager med Stivhed. Adskillige Saar fremkomme hist og her paa Legemet, og hvor man støder Hul, er det meget vanskelig at læge. Varer Sygdommen længer, indfinde sig Næseblod og andre Blodflod. Værken i Lemmerne tiltager, og Bennene især sammentrækkes. [...] Varer det længere, døer den Syge af Vatersot, Durkløb, Tæring, Stakaande, Forraadnelsefeber, Besvimelse eller anden slig jammerlig Ende, der kommer af Vædskernes Forraadnelse – i Norge bliver den hos de fleste til Radesyge eller Spedalskhed.

Navnet skjorbuk skriver seg sannsynligvis fra det norske *skyrbjugr* hvorfra det latinske scorbut er avledet.²⁴⁷ På 1700-tallet skilte de mellom sjøskjorbuk og landskjorbuk. Det er den sistnevnte det er snakk om når skjorbukene bringes frem i radesyketekstene.²⁴⁸ Mansa fastsetter den første opptreden av skjorbuk til omtrent samme tid som venerisk sykdom, altså på slutten av 1400-tallet, og ”den Siuge som wi her udi vore Land kalde Skørbug” er beskrevet av Henrik Smidt midt på 1500-tallet som en av tre former for vattersott.²⁴⁹ Mot midten av 1600-tallet ble det rapportert at skjorbukene tiltok over hele Europa,²⁵⁰ og spesielt alvorlig var det i Danmark-Norge.²⁵¹ I 1645 ble sykdommen ansett som så farlig at kongen etterlyste mer informasjon fra fakultetet om hvordan skjorbukene, ”der befindes meget gængs i vore Lande”, kan forebygges, hva årsaken kunne være til at det var så mye mer av den her enn andre steder og hvordan den kunne helbredes.²⁵² Både Ambrosius Rhodius og Ole Borch disputerte om

²⁴⁶ Mangor og Tode, C.E. *Mangors Land-Apothek*.

²⁴⁷ Ingjald Reichborn-Kjennerud, ”Gamle Sygdomsnavne,” *Maal og Minne* (1937): 35-42.

²⁴⁸ For en oversikt over skjorbukslitteraturen i tidlig moderne tid, som denne oversikten delvis bygger på, se Øivind Larsen, *Olaus Magnus og skjorbukene: en litteraturstudie* (København: 1963).

²⁴⁹ Henrik Smith og Anna-Elisabeth Brade, *Henrik Smiths Lægebog: 1-6* (København: 1976), s. 101b.

²⁵⁰ Se for eksempel Gideon Harvey, *The Disease of London or a New Discovery of the Scurvey* (London: James, 1675), s. 211. Sitert fra Elwyn R. Hughes, ”The Rise and Fall of the 'Antiscorbutics'. Some Notes on the Traditional Cures for 'Land Scurvy',” *Medical History* 34 (1990): 52-64, s. 56.

²⁵¹ Immanuel Ilmoni, *Bidrag till Nordens sjukdoms-historia* (Helsingfors: J. Simelii arfvingar, 1846). Ilmoni mener skjorbuk var en av Nordens viktigste sykdommer mellom 1400 og 1700.

²⁵² Brev fra Kongen til fakultetet, datert 3.2.1645, her sitert fra Frederik Vilhelm Mansa, *Bidrag til Folkesygdommenes og Sundhedspleiens Historie i Danmark: fra de ældste Tider til Begyndelsen af det attende Aarhundrede* (Kjøbenhavn: Gyldendal, 1873), s. 327.

sykdommen på 1600-tallet.²⁵³ At skjorbuk var vanlig i Norge, ser vi i *Norriges Beskrivelse* av Jonas Ramus fra 1715 ("Scorbut er Landets almindelige Sygdom"),²⁵⁴ i innberetningene som fulgte som svar på den store spørreundersøkelsen til embetsmenn i tvillingriket i 1743,²⁵⁵ og hos Pontoppidan, som skriver at skjorbuk er en av landets vanligste sykdommer.²⁵⁶ Fra 1600-tallet av skilte man gjerne mellom to former for skjorbuk, og begge ble karakterisert ved en dyskrasi (ubalanse) i blodet. Ofte ble også skillet mellom dem identifisert med skillet mellom sjøskjorbuk og landskjorbuk, men ikke alltid. Skjorbuken er altså et sammensatt fenomen på 1700-tallet. Møller, Arbo og Mangor knytter alle på en eller annen måte skjorbuk til radesyken.

Under oppslagsordet *Franzoser, Klepholt, Venerisk syge* kan vi lese følgende i Mangors *Land-apothek*:

Denne Syge var tilforn kuns meest bekjendt i Kiøbstæder og nærvæd Garnisoner, men er og nu begyndt, at blive meget udbredt paa Landet, især ved Søekanterne, hvor mange Skibe løbe ind og ud, og ogsaa inde i Landet, ved Hesteporangere, omløbende Jøder og andre slige omflakkende Folk. Saasnart En er angreben deraf, bør man strax angive det for Byens eller Distriktets ordentlige Læge, paa det at Sygen ikke skal anstikke hele Familier og Byer, hvorpaa man virkelig har havt Exempler. Sygdommen kjendes bedst af Saar paa Hemmeligheden, der give lidet Materie, ere hvidagtige, kløe meget og tage til; Kjertelknuder i Lyskerne, langvarige onde Saar paa Legemet, som dog ikke efterlade Ar. Langvarig Halssyge med hvide haardnakkede Saar paa Mandlerne og derefter i Ganen; næsebylder, som stinke; bolne Finner paa mange Steder af Legemet, især paa Panden, hvor de faae Roer, men bolne ofte under Roen; meget smærte hist og der i Benene i Legemet, som altid er værst om Natten. Som oftest faaes den ved Samleie med en Person, der har Sygen, og i dette Tilfælde ytrer den sig først paa Hemmeligheden med Saar, og som oftest tillige: hos Mandfolk med en ondartet eller venerisk Dryppert, og hos Fruentimmere med en skarp, hvid Flod. [...] Ligeledes faaes Sygen ved at kysse en Venerisk, naar mindste Væde eller Spyt af den Urenes Mund berører den Friskes Læber eller Tunge. [...] Endelig kan man og paadrage sig Sygen, ved enten at ligge i Seng med en Venerisk, eller i samme Seng, hvor en saadan nylig har ligget, der har Saar paa Legemet, og hvis Rodd eller Materie som oftest sætter sig paa Lagenerne, og siden trækker i den Sundes Legeme, naar dennes Svedehuller aabne sig. Kuren er altid betydelig og vanskelig, og man bør derfor aldrig betro sig til Ukyndige, eller Qvaksalvere. [...] Qviksølvkuren er den sikreste, naar man kun forstaaer, ret at styre den.²⁵⁷

Halvannet århundre etter at pesten hadde ryddet unna over en tredjedel av Vesteuropas befolkning kom en ny svøpe over kontinentet. "The great pox" – den franske syke, eller franzoser, som den ofte ble kalt her hjemme, drepte ikke som pesten sine ofre raskt, men forble i kroppen i årevis, forårsaket akutt smerte, misdannelser, og til slutt døden. Sykdommen forårsaket allmenn forvirring i medisinsk teori og praksis, siden den ikke var

²⁵³ Jfr. Larsen, *Olaus Magnus og skjorbuken: en litteraturstudie*.

²⁵⁴ Jonas Ramus, *Norriges Beskrivelse: hvorudi Dette Riges Strekning, Beskaffenhed og Deeling udi visse Lehn, Biskopsdømmer, Provstier, Præstegield, Laugdømmer, Fogderier, Tinglaug &c. Saavel som Indbyggernes Tilstand og Næring, Tillige med Adskillige paa et eller andet Sted forefaldne Merkværdigheder samt forefundne Monumenter forestilles, og til Slutning er hosføjet en Fortegnelse paa Dyr, Fugle, Fiske, Træer og Urter som findes i Norrige* (Kjøbenhavn: H.R. Majsts og Univ.Bogtrykkerie, 1715), s. 19.

²⁵⁵ Røgeberg og Løyland, *Norge i 1743*. Spørsmål 17 gjaldt sykdommer. Se f.eks. bd. 1, s. 174, 329, 370, 385. Se også De Fines beskrivelse fra Stavanger amt: "De Sygdomme her fornemmes mest at regjere er Skjørbug". De Fine, *Stavanger Amptes udførlige Beskrivelse*, s. 30.

²⁵⁶ Pontoppidan, *Det første Forsøg paa Norges naturlige Historie*.

²⁵⁷ Mangor og Tode, *C.E. Mangors Land-Apothek*, s. 321-2.

tydelig beskrevet i de antikke forbilder, og ut av det kom det en rekke tekster som utgjorde noen av Europas tidligste medisinske debatter på trykk. Den ble tidlig forstått som en venerisk sykdom, det vil si forårsaket av et forurenset samleie, eller *coitus contaminata*, men det var ikke alle som mente at den alltid skyldtes smitte.²⁵⁸ På 1700-tallet gikk diskusjonen høyt om hvorvidt gonorré og syfilis var en sykdom eller to separate lidelser. John Hunter konkluderte etter et berømt eksperiment med at de to var samme sykdom, mens den toneangivende legen Johan Clemens Tode her hjemme hevdet at det var to forskjellige.²⁵⁹ I Norge og Sverige ser det ikke ut til at sykdommen hadde mer enn sporadiske opptredener før på 1700-tallet.²⁶⁰ Utover i det århundret begynte den imidlertid å gripe kraftig om seg. I Oslo ble det opprettet et hospital for venerisk syke i 1756,²⁶¹ og sykdommen ble møtt med stigende bekymring fra myndighetenes side. Mot slutten av 1700-tallet hadde den angrepet store deler av landsbygda i Sverige, og mange distriktsleger sendte inn alarmerende rapporter om nye smittede.²⁶² Også i Danmark hadde den veneriske sykdom skapt problemer, og en av radesykelegene, Heinrich Steffens, hadde vært lege ved et av de midlertidige opprettede sykehus der. Henrik Deegen definerer radesyken som en venerisk sykdom.

Spedalskhet var nok ikke en vanlig nok sykdom til å få innførsel i Mangors *Land-apothek*. Til erstatning følger nedenfor et utdrag fra presten og topografen Hans Strøms beskrivelse av spedalskheten slik han erfarte den hos de syke på landsbygda på vestlandet. Hans Strøm var en godt orientert mann, og gir nok et ikke så helt skjevt bilde av forståelsen av spedalskhet på denne tiden.

Jeg har da mærket, at Forkølelse hos de fleste, om ikke alle, er den udvortes paaførende Aarsag [...], og at Fødderne, men især den venstre side, blive første døde og følelsesløse [...] Ikke længe efter begynder en Hævelse at sette sig ved Anklerne, som efterhaanden stiger høiere op. Blod-Aarerne vise sig nu ikke meere paa Fødderne, som tilforn, ikke heller Svede de paa dem, som andensteds paa Kroppen. Naar denne Hevelse har vedvaret nogen Tid, blive de udentil Følelsesløse, men desto meere ømme inden i Kiødet, saa de ikke taale at slaaes eller stødes, dog meest paa Fødderne og Lenderne, hvor de og fornemme en sterk Pirren og Svie ind ved Lenderne. Andensteds paa Kroppen fornemmes i Begyndelsen ingen Forandring, end et slags Tunghed, og at Blodet

²⁵⁸ Claudia Stein har vist dette for 1500-tallet i Augsburg. Se Claudia Stein, *Die Behandlung der Franzosenkrankheit in der frühen Neuzeit am Beispiel Augsburgs* (Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2003), s. 176-77. På 1700-tallet var det nok uvanlig å hevde at sykdommen skulle oppstå spontant.

²⁵⁹ Johan Clemens Tode, *Vom Tripper, in Ansehung seiner Natur und Geschichte* (Kopenhagen und Leipzig: Heineck und Faber, 1774).

²⁶⁰ Se Reichborn-Kjennerud, Kobro og Grøn, *Medisinens historie i Norge*, s. 186.

²⁶¹ Sykehuset het "Fokkefjerdingen" og var sykehus for venerisk syke i Oslo. Sykehuset, som skulle være for Christians og Akershus amt, ble opprettet kongelig resolusjon ved rentekammeret av 22.4.1755. Se neste hovedbolck.

²⁶² Anna Lundberg, *Care and Coercion: Medical Knowledge, Social Policy and Patients with Venereal Disease in Sweden 1785-1903* (Umeå: Umeå University, 1999), s. 58. Hun refererer spesielt til en rapport fra Collegium Medicum til Kongen om sykdommens spredning, der det ble påpekt at hvert handelssenter, hver by ved kysten, og hver garnison, hadde et årlig antall tilfeller.

ligesom med større Besværlighed drives giennem Aarene. Naar nu denne Svaghed har vedvaret et par Aar, meere eller mindre, ytrer den sig med Heshed i Halsen, Hævelse og Skæl i Ansigtet, og Tranghed i Næsen, af hvilken de ofte snyde Blod. Paa Fødderne faae de haarde Knorter, tett under Huden, i Begyndelsen af Størrelse som Erter, men som siden blive større og udbryde i Saar, som give megen Vædske af sig, og efterhaanden udsprede sig over det ganske Legeme [...] Naar Sygdommen i Tide blev kiendt, efter de Kiendetegn jeg har givet derpaa, kunde den ved de ordentlige Skiørbugsmidler og en god Leve-Orden meget væl læges.²⁶³

I løpet av 1400- og 1500-tallet gikk antallet spedalske sterkt tilbake over hele Europa, og var omtrent forsvunnet i størstedelen av Europa på begynnelsen av 1600-tallet. I Norge tiltok derimot sykdommen i omfang igjen på 1600- og 1700-tallet, mest i områdene rundt Bergen og i Trondhjem. Reknes hospital ble opprettet for spedalske i 1713.²⁶⁴ I beretningene som embetsmennene skriver til Kongen i 1743, er spedalskhet nevnt en rekke ganger, særlig i Bergenhus stift.²⁶⁵ Enda mer enn andre sykdommer ble spedalskhet i tidlig moderne tid intimt forbundet med begreper som synd, skyld og urenhet, idet ordet spedalskhet var nevnt flere steder i bibelen.²⁶⁶ De spedalske var samfunnets utstøtte, selv om de ikke på noen måte var så segregert i Norge som i resten av Europa. Generaladmiral Gyldenløve, som ledsaget Frederik IV på hans reise i Norge i 1704, skrev rystet om synet av de mange spedalske som hadde møtt ham på veien:

Paa Farvandet fra Stavanger til Trondheim finder man een stor Mængde Folk, som ere Spedalske. Landets Folk tilskriver denne græsselige Sygdom den meget Fisk de spiiser, og den liden Agtsomhed de friske har for at skye de, som ere besmittede med dette Onde. Men det være hva det vil, saa er det dog meget ubehagelig at reyse i et Land hvor man har Aarsag at frygte at reyse spedalsk ud derfra.²⁶⁷

Spedalskhet ble i all hovedsak på 1700-tallet ansett som inkurabel, det vil si uhelbredelig. Det er ingenting som tyder på at antall spedalske gikk ned mot slutten av århundret. I 1770-årene var det et gjennomsnittlig belegg på St. Jørgen hospital i Bergen på ca 100.²⁶⁸ Stort sett ble sykdommen regnet som uhelbredelig, selv om statsfysikus J.A.W. Büchner i Bergen som vi så gjorde noen behandlingsforsøk i 1760-årene.²⁶⁹ Både Johannes Møller, C. E.. Mangor og apoteker Mühlertz knytter forbindelser mellom spedalskhet og radesyken, som vi senere skal se.

²⁶³ Strøm, *Anmærkninger til Oplysning om den ved Søekysterne i Norge gangse Spedalskhed*, s. 183.

²⁶⁴ Randi Kristin Strand, *Organisering av omsorg for spedalske under eneveldet: Reknes hospital 1708-1794* (Trondheim: Universitetet i Trondheim, 1997).

²⁶⁵ Bind 4 av *Norge i 1743* har eksempelvis 17 innførsler i registeret under oppslagsord spedalskhet. Se Røgeberg og Løyland, *Norge i 1743*, bd. 4.

²⁶⁶ For dette i en norsk kontekst se f.eks. Sandmo, *Ingeborg Gryttens kors.*, samt min egen redegjørelse noe senere i dette kapitlet. Det er viktig å huske på at spedalskhet på 1700-tallet ikke var det samme som vår tids lepra.

²⁶⁷ Ulrik Christian Gyldenløve, *Dag-Register over Hans Kongelige Mayestæts, Kong Friderich den Fierdes Reyse i Norge udi Aaret 1704* (Christiania: Samuel Conrad Schwach, 1770), s. 68.

²⁶⁸ Se Kari Blom et al., *"De fattige Christi lemmer": Stiftelsen St. Jørgens historie* (Bergen: Stiftelsen St. Jørgen, 1991), s. 43.

²⁶⁹ Se *Ibid.*, s. 33.

2. Nosologien

Klinikeren "cannot live, cannot speak or act without the concept of morbid categories", sa Knud Faber i sitt klassiske verk om nosografiens historie.²⁷⁰ Også samhandlingen mellom legfolk og medisinsk personell har alltid implisert et tids- og stedsavhengig repertoar av sykdomskategorier. Grunnleggende handlinger i medisinsk praksis, som det å stille en diagnose eller prognose, eller begrunnelsen av ulike terapivalg, forutsetter både at man mestrer et vokabular for ulike sykdomstilstander og at man er i stand til å skille mellom dem. Dermed er det ikke sagt at dette noen gang har vært enkelt, det er bare å kaste noen blikk på diskusjonene som følger enhver revisjon av *International Classification of Disease* eller det amerikanske *DSM* for å få det bekreftet. Sykdomskategorier er omstridt fordi de har betydning. På den ene side skaper de ved hjelp av navngivningen aktive kategorier, sykdom som selvstendige aktører. Navnet gjør at den unevnelige lidelsen *blir* til noe, og slik blir mer håndterlig både for legen og pasienten. Dessuten påvirker det beslutninger om vesentlige forhold i pasientens liv; hvorvidt de skal komme inn under sykehusenes ventelistegarantier, om de får uføretrygd, og hvordan de behandles av omgivelsene. Sykdomsenheter er aktører i sammensatte og multidimensjonale forhandlinger som former og endrer menns og kvinners levde liv.²⁷¹ Systemer for sykdomsklassifikasjon er høyst reelle og seiglivende teknologier, som på sin side utøver sin kraft i byråkratiet, i institusjonene, og i samfunnet generelt. På den annen side utgjør sykdomskategoriene et bindeledd mellom teori og praksis, mellom det idiosynkratiske og det generelle, mellom legekunsten og legevitenskapen, og mellom det subjektive og det objektive.

At slike bestrebelser ligger i kjernen av medisinsk praksis, betyr imidlertid ikke at man har etablert sykdomskategorier på samme måte til alle tider. Sykdomsklassifikasjoner bestemmes av mange historisk foranderlige forhold. Et av disse er hvorvidt sykdom oppfattes som en ontologisk størrelse (om sykdommer har en eksistens uavhengig av kroppen), eller om sykdom oppfattes som et grunnleggende individuelt fenomen, som ikke lar seg skille fra de individuelle kropper den finner sted i, og de levemåter og omgivelser som har preget dem, det Owsei Temkin i et berømt essay har kalt *the physiological view of disease*.²⁷² Et annet forhold som bestemmer hvordan sykdom klassifiseres er hvilken status man gir de ulike relevante

²⁷⁰ Knud Faber, *Nosography in Modern Internal Medicine* (New York: Hoeber, 1923).

²⁷¹ Charles Rosenberg, "The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience" *The Milbank Quarterly* 80, no. 2 (2002): 237-60.

²⁷² Se kapitlet "The Scientific Approach to Disease: Specific Entity and Individual Sickness" i Owsei Temkin, *The double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1977), s. 441-55.

faktorene i klassifikasjonen (f.eks. årsaker, patologiske endringer eller sykdommens ytre fremtoning). Endelig er det avgjørende for klassifikasjonen hvilken status man gir selve klassifikasjonsskjemaet (er det et heuristisk hjelpemiddel, en teknologi, eller er det en avspeiling av virkeligheten?). Alle disse forholdene er i høyeste grad gjenstand for historisk endring. Nosologiene på 1700-tallet er følgelig ikke å anse som primitive forløpere til vår tids klassifikasjonssystemer. Det dreide seg ikke primært om et klassifikasjonssystem, men om en systematiseringsbestrebelse som var mye mer omfattende. For 1700-tallets medisinerere innebar nosologi langt mer enn en ren klassifikasjon; som ordet sier hadde det mer å gjøre med "kunnskap (-logia) om sykdommer (noso)".

"Everyone must acknowledge the difficulty of distinguishing diseases," sa William Cullen på slutten av 1700-tallet, "but in most cases, the possibility must also be allowed; for whoever denies this, may as well deny that there is such thing as the medical art."²⁷³ For den nybakte kliniker er det nærmest helt umulig å orientere seg i den labyrinth av symptomer han møter ved begynnelsen av sin karriere, påpekte François Boissier de Sauvages, som publiserte den første store systematiske klassifikasjonen av sykdommer. Han sammenlignet nosologien, som den kom til å hete, med Ariadnes tråd eller et kompass som klinikerens kunne hjelpe seg med.²⁷⁴ Carl Gustav von Linné korresponderte med de Sauvages fra 1730-tallet og utviklet parallelt med ham et nosologisk system.²⁷⁵ Han konstaterte at det var mange som syntes at man ennå visste for lite til å systematisere alle sykdommer, men mente selv at dersom man ikke gjorde noe forsøk på det, ville man heller ikke komme noen vei med kunnskapstilegnelsen. Det forholdt seg på samme måte "som om den som ville förvärva sig ett fullständigt bibliotek läte sine böcker ligga i en oordnad hög, ända tills han blivit ägare till alla [önskade böcker]".²⁷⁶ Der det ikke finnes noen begynnelse, finnes det heller ingen slutt, fortsatte Linné, og foreslo at man skulle begynne med å påvise de sammenhenger som var åpenbare og deretter, i henhold til nye iakttagelser, forbedre og fullende systemet.

Da Boissier de Sauvages publiserte sitt første forsøk på en systematisk klassifikasjon av sykdommer i boken *Nouvelles Classes des Maladies* i 1731,²⁷⁷ innledet det et århundre med en rekke klassifikasjonsbestrebelser innenfor medisinen. De Sauvages fulgte selv opp sin

²⁷³ William Cullen, *Nosology; or, A systematic Arrangement of Diseases, by Classes, Orders, Genera, and Species, and Outlines of the Systems of Sauvages, Linnaeus, Vogel, Sagar, and Macbride* (Edinburgh: C. Stewart, 1800). Sitert fra Rosenberg, "The Tyranny of Diagnosis."

²⁷⁴ François Boissier de la Croix de Sauvages, *Nosologia methodica sistens morborum classes, genera et species* (Amsterdam: Fratrurn de Tournes, 1763), vol. 1, intro, §1ff. og §21-22.

²⁷⁵ Fredrik Berg, *Linnés systema morborum*, bind 3, *Uppsala universitets årsskrift* (Uppsala: 1957), s. 4.

²⁷⁶ Linné sitert fra Ibid.

²⁷⁷ François Boissier de la Croix de Sauvages, *Nouvelles classes de maladies, qui dans un ordre semblable à celui des botanistes, comprennent toutes les maladies, avec leurs signes et leurs indications* (Avignon: 1731).

bok med en latinsk og svært utvidet utgave i 1763, *Nosologia methodica sistens morborum classes, genera et species*, et verk som beskrev hele 2400 sykdomsarter.²⁷⁸ Samme år publiserte Linné sine forelesninger over nosologien, *Genera Morborum*.²⁷⁹ Forbindelsen mellom naturhistorien og medisinen ble altså inkarnert i legen og naturhistorikeren Carl Gustav von Linnés verker på midten av 1700-tallet,²⁸⁰ som skrev begeistrede brev til de Sauvages etter utgivelsen av det første nosologiske verket.²⁸¹ Den økende prestisje og suksess knyttet til Linnés botaniske system styrket appellen til det nosologiske system (Linnés generelle taksonomiske gjennombrudd, *Systema Naturae*, kom i 1734). Særlig intens var aktiviteten på 1760- og 1770-tallet: Rudolf Vogel publiserte sin *Nosologia Methodica* i 1764, William Cullen det innflytelsesrike *Synopsis Nosologia* i 1769, skotten Macbride publiserte verket *Methodical Introduction to the Theory and Practice of Physic* i 1772, og Johannes Sagar gav ut sitt *Systema morborum symptomaticum* i Wien i 1776.²⁸² Her hjemme kom Frederik Ludvig Bang med sin *Praxis Medica* på bakgrunn av sine sykehusobservasjoner i 1788, og Henrich Callisen laget et system over de kirurgiske lidelsene i *Systema Chirurgiae* omtrent på samme tid. Den nosologiske "bølgen" holdt seg imidlertid til noen tiår ut på 1800-tallet.²⁸³ Felles for de fleste av disse nosologene var at de samlet eksisterende beskrivelser og forsøkte å katalogisere dem, hovedsakelig på bakgrunn av symptomer.

Sykdomsklassifikasjonen skulle være et system over alle sykdommer. Sykdommene ble systematisert i henhold til arter, ordner, klasser og slekter, slik Linné hadde gjort det for botanikkens vedkommende. "[A]f efflorescentia bör genus constituerat, äfwensom af flore in Plantis, fast man alltid ej får se florem",²⁸⁴ skrev han i en av sine forelesninger. Nosologene forsøkte altså å gjøre det samme for sykdommer som botanikerne hadde gjort for plantene.²⁸⁵

²⁷⁸ Boissier de la Croix de Sauvages, *Nosologia methodica sistens morborum classes, genera et species*, Introduksjonen (Lectori Philiatro).

²⁷⁹ Carl von Linné og Johann Christian Kerstens, *Genera morborum* (Uppsala: 1763).

²⁸⁰ Lester S. King, *The Medical World of the Eighteenth Century* (Chicago: The University of Chicago Press, 1958).

²⁸¹ Fredrik Berg har sammenlignet de Sauvages' første utkast med *Genera Morborum* og funnet frapperende likheter, se Berg, *Linnés systema morborum*, s. 17 f.

²⁸² William Cullen, *Synopsis Nosologiae Methodicae* (Edinburgh: 1769); David MacBride, *A methodical Introduction to the Theory and Practice of Physic* (London: W. Strahan, T. Cadell, 1772); Johannes Baptista Michaeli Sagar, *Systema morborum symptomaticum, secundum classes, ordines et genera* (Wien: Johann Paul Kraus, 1771); Rudolph Augustin Vogel, *Definitiones generum morborum* (Göttingen: Schulz, 1764). (Særlig "Tabulae Nosologicae"). I en del henseender skiller disse systemene seg betraktelig fra hverandre, for eksempel hva angår antall genera, men det ledende prinsipp, symptomet som inndelingsgrunn, er det samme. Cullen hadde radikalt forenklet systemet, og spesielt skåret ned på antall species.

²⁸³ Röschlaub 1801, Pinel 1801, Baumes 1801, Kilian 1802, Plouquet 1803, Troxler 1805, Tourtelle 1805, Tourdes 1805, Schwediauer 1812, Reil 1816, Kieser 1817, Hildenbrand 1817, Hoffath 1818, Hufeland 1819.

²⁸⁴ Sitert fra Berg, *Linnés systema morborum*, s. 117. Han siterer også notater fra Linnés forelesninger over *systema morborum* i Uppsala 1751 og -52.

²⁸⁵ "Symptomata se habent ad morbum, ut Folia & Fulcra ad Plantam", skriver Linné på første side i sin *Genera Morborum*.

Gjennom en nøyaktig beskrivelse av sykdommen ville man kunne finne frem til de fenomener som tillot en entydig og sikker bestemmelse av den. Liksom de botaniske systemene bygget på vekstenes konstante ytre kjennetegn, slik burde ifølge de Sauvages og Linné sykdomsklassifikasjonen bygge på de symptomer som var konstante og dermed kunne betraktes som slike karakteristika. Eksempler på dette ser vi flere steder i radesykelitteraturen.

De nosologiske systemene ble ordnet i henhold til aristoteliske klassifikasjonsprinsipper. Man startet med det mest generelle, og utdifferensierte deretter underklasser ut fra visse spesifikke karakteristika. Frederik Ludvig Bang skrev i sitt system at "diese Eintheilung und Unterabtheilung gründet sich auf die größere oder geringere Aehnlichkeit der erforderlichen Kennzeichen. Die Aehnlichkeit vieler Kennzeichen von verschiedenen Kranken hergenommen, machen die Spezies der Krankheit, so machen die Übereinstimmungen der Zeichen mehrerer Spezies die Gattungen."²⁸⁶ Hver klasse hadde et eller flere grunnleggende kjennetegn som samlet dens medlemmer. Omvendt kunne man ikke bestemme et medlem av klassen dersom de grunnleggende kjennetegn ikke fantes, uavhengig av hvor mange andre likheter det måtte være. Likheter og forskjeller strukturerte således oppdelingen av sykdommene i arter, slekter og klasser. Bevegelsene mellom sykdommer gikk altså vertikalt: fra det enkle (klassen) til det sammensatte (arten), og horisontalt: forskjeller og likheter mellom sykdommer på samme nivå. Bang sa at et system som fungerer, er et system "welche die Sachen, die von Einander verschieden sind, richtig unterscheidet, und an verschiedenen Orten verträgt; das was zusammengehört, verbindet, das allgemeine dem besonderen vorausschickt, und an eine jede Materie die Prädicate anfügt, die ihr zukommen."²⁸⁷

Som det fremgår av sitatet er det innenfor de enkelte ordener forskjeller som strukturerer den horisontale oppdeling i slekter. Dette kan for eksempel dreie seg om forskjellig lokalisasjon, intensitet, eller varighet (intermitterende eller konstant). Det er symptomene som er utgangspunkt for klassifikasjon, og de kan gå igjen innenfor flere forskjellige slekter. Sykdommen lar seg altså ikke entydig beskrive uten å ta i betraktning den klasse den opptrer innenfor. I Linnés fjerde klasse, *dolorosi*, 1. orden *intrinseci*, har han en slekt som heter *pneumonica*. Den er karakterisert av følgende symptomkompleks: lungesmerter, orthopnoe (åndenød, særlig i liggende stilling), hoste og hæmoptyse. Orthopnoe og hoste er i sin tur begge en egen slekt, i en annen klasse (den åttende, *suppressorii*), mens

²⁸⁶ Frederik Ludvig Bang og Friedrich Adolph Heinze, *Medicinische Praxis: systematisch erklärt* (Kopenhagen: Gottlob Prost, 1791), s. 29.

²⁸⁷ Ibid., s. 2.

hæmoptyse er en slekt i klasse nummer ni. (*Evacuatori*). En slekt kan altså utgjøre del av definisjonskriteriene til en annen slekt, men det som karakteriserer den unikt er hvilken større klasse den tilhører. For eksempel er altså hoste både en egen sykdom og et symptom på en annen sykdom.

Eksempler på at symptomer er utgangspunkt for sykdomsinndeling ser vi også i radesykelitteraturen. Etter at han har beskrevet en rekke symptomer som kan tilfalle de som lider av det han kaller ”den norske Skiørbug”, understreker legen ved radesykehuset i Bratsberg, Johannes Møller, at symptomene er tatt av virkelig syke, og daglig kan sees hos de som utøver legeskunsten i Norge. De ”gaae ofte så vidt, at de fortiene Navn af Sygdomme. Saa at der findes faa slags Sygdomme, hvoriblant det jo er en Art, som foraarsages af Skiørbug; hvilket og i Lægernes Skrifter flittig iagttages.”²⁸⁸ Som vi ser, er det altså bare et gradsspørsmål som definerer forskjellen på et symptom og en sykdom. Når symptomet har gått for vidt, fortjener det navn av sykdom. Skjørbutiske sykdommer defineres som de arter som forårsakes av skjorbuk, men de kan finnes på vidt forskjellige steder i den nosologiske tabellen fordi det er symptomene som definerer plasseringen. På den annen side presiserer Møller at symptomer som vattersott og gikt, som også er vanlige symptomer ved andre sykdommer, ikke alltid kommer av skjorbuk. Fremgangsmåten er som følger: dersom man for eksempel har for seg et tilfelle av vattersott, må man undersøke om de andre symptomene på skjorbuk er tilstede. Men det viktigste er å undersøke om vattersotten forekommer i et område der ”skiørbugen har sit Hiem”. Det er altså sykdomsårsaken som kan hjelpe en henimot en riktig bedømmelse av sykdommen, men det er ikke den som definerer dens plass i den nosologiske tabellen.

Symptomene var, som tidligere nevnt, utgangspunkt for klassifikasjonen. Linné skisserte to mulige fremgangsmåter: fornuftens og erfaringens. Siden den første ennå var beheftet med så mange ukjente størrelser, burde man etter hans mening vie seg til den siste. ”Uti alla sjukdomar äro 2 slags signa att märka,” har en student nedtegnet fra Linnés forelesninger, ”antingen Phaenomena seu vitia interna, eller Symptomata seu vitia externa. Af dessa senare bör en Medicus igenkänna en sjukdom, och intet af de förra; aldenstund man ej kan beskrifwa det som med organa sensoria ej kan begripas.”²⁸⁹ Utgangspunktet for 1700-tallets nosologiske klassifikasjon var i prinsippet at kun det som var direkte observerbart

²⁸⁸ Møller, *Forsøg i det som angaaer det Norske Folks Sundhed*, s. 201-2.

²⁸⁹ Sitert fra Carl Johan Clemenson, ”Semiotik und Krankheitsdiagnostik in den Vorlesungen Carl von Linnés über sein Systema Morborum,” i Frank Marguth Christa Habrick, Jörn Henning Wolf (red.), *Medizinische Diagnostik in Geschichte und Gegenwart. Festschrift für Heinz Goerke zum sechzigsten Geburtstag*, (München: Werner Fritsch, 1978). Clemenson siterer notater fra Linnés forelesninger over *systema morborum*. Dokumentene befinner seg i Svenska Läkaresällskapet.

kunne være utgangspunkt for sikker kunnskap. De avfeide derfor en klassifikasjon som bygget på etiologiske faktorer. Årsaker kunne sjelden observeres, derfor dannet de et usikkert utgangspunkt for klassifikasjonen, hevdet de Sauvages.²⁹⁰ Symptomet var alltid direkte gitt, enten for pasienten eller legen, og fikk derfor primat som grunnleggende element i klassifikasjonen. Symptomet var sykdommens kjennetegn, enten det ble anerkjent av behandleren eller den lidende. Nosologenes insistering på at det er de observerbare symptomer som skal være utgangspunkt for klassifikasjon viser deres nære slektskap med samtidige systematiske forsøk i andre vitensområder. Både den samtidige botanikken og mineralogien er analoge praksiser ved at de begge insisterer på de synlige ytre karakteristika i sine systematiske prosjekter.

Det ville imidlertid være feil å hevde at nosologien representerer et rent empirisk prosjekt. I varierende grad ser man den doble insisteringen på både erfaring og intellekt. Newton og Bacon var begge like viktige for en mann som de Sauvages, og symptomene var ikke det eneste man baserte seg på i disse "sykdomskunnskapene".²⁹¹ I forordet til *Nosologia methodica* skrev de Sauvages at hans nosologi både var "historisk" og "filosofisk". Den historiske kunnskap var knyttet til symptomene og det man kunne erfare med sansene, mens den filosofiske var kunnskap om sykdommens årsaker og om menneskekroppens natur. De Sauvages og Linné brukte begge både etiologiske og anatomiske oppdelingsprinsipper når de kom ned til dechiffreringen av de ulike slekter og arter, til tross for at de ikke var umiddelbart tilgjengelig for sansene.²⁹²

Tiden utgjorde ikke noen vesentlig faktor i disse systemene. Vi er så vant til å tenke på sykdom som et forløp, med en begynnelse, et høydepunkt og en slutt. I disse klassifikasjonsskjemaene spiller imidlertid den temporale dimensjonen en helt underordnet rolle. Den kan være av betydning for å skille mellom sykdomsmanifestasjoner i den enkelte kropp, men har ingen egen verdi som klassifikasjonsprinsipp for ideelle sykdomsenheter. Sykdommene var ansett som punkter i tiden, forbigående momenter i løpet av en prosess som kunne følge et av mange mulige forløp. En forkjølelse kunne for eksempel bli til bronkitt. Denne kunne igjen spontant gå tilbake uten å få noen konsekvenser på sikt, eller den kunne avsluttes raskt i en fatal pneumoni, eller langsomt i en kronisk lungesykdom. En diaré kunne spontant gå tilbake eller forverres til en skjebnesvanger dysenteri. En ubalanse i væskene

²⁹⁰ Boissier de la Croix de Sauvages, *Nosologia methodica sistens morborum classes, genera et species*.

²⁹¹ Se Julian Martin, "Sauvages's Nosology: Medical Enlightenment in Montpellier," i Roger French og Andrew Cunningham (red.), *The Medical Enlightenment of the Eighteenth Century*, (Cambridge: Cambridge University Press, 1990).

²⁹² I de Sauvages' skjema ble klasse, orden og slekt ordnet etter symptomer, mens mange av artsinndelingene ble gjort etter årsaker.

kunne manifestere seg i form av feber eller overflatiske lesjoner, ettersom kroppen forsøkte å bekjempe den giftige substansen ved å eliminere den gjennom perspirasjon fra hudens overflate.

Linnés og de Sauvages "historia morborum" omfattet heller ikke beskrivelsene av fenomenene i deres temporale og romlige tilsynekomst i løpet av en sykdom, men dannet et ekstrakt av de "tilfælde" og tegn som ble ansett som vesentlige. Sykdomshistorien er ikke å forstå utelukkende som en anamnese eller pasienthistorie, den inkluderte også tidligere beskrivelser av sykdommen. Thomas Sydenham hadde pledert for en *historia morborum* et århundre før, og også etterlyst et arbeid som imiterte botanikken. Hans berømte setning "the selfsame phenomena that you would observe in the sickness of a Socrates you would observe in the sickness of a simpleton,"²⁹³ blir ofte brukt for å legitimere at han var en forløper for 1700-tallets nosologiske bestrebelser.²⁹⁴ Men han skilte mellom *filosofia* og *historia morborum*. Den førstnevnte må settes til side, hevdet han, for at man skulle kunne metodisk erkjenne noe sikkert. Han argumenterte eksplisitt for den baconianske metode, den rene induktive erfaring. Legen må, mente han, systematisk sette filosofiske hypoteser til side og nøyaktig og omhyggelig notere alle fenomener slik de fremtrer ved sykesengen. Sydenhams anliggende var epistemologisk. Hans mål var å befeste medisinen som erkjennende vitenskap, snarere enn å utvikle en systematisk klassifikasjon av sykdommene. Som Michel Foucault og flere med ham har fremhevet, opererte imidlertid nosologene på 1700-tallet med et ontologisk sykdomsbegrep. For nosologene var sykdom en fremmed størrelse med en egen natur som var prinsipielt uavhengig av den syke kroppen. Klassifikasjonssystemene på 1700-tallet var referansesystemer som innskrev et karakteristisk navn og et distinktivt kjennetegn i forhold til den hellige ordens skjulte eksistens.²⁹⁵ Forutsetningen for de forskjellige klassifikasjonssystemene var at det fantes en sykdomsessens som kunne avdekkes. Denne essensen var ikke avhengig av kroppen, sykdommene hadde sin egen væren utenfor det fysiske legemet, og når noen ble syke var det fordi sykdommen tok bolig i vedkommende kropp. De enkelte sykdomsenheter var som autonome essenser. De konkrete kroppene var bare nødvendig for at sykdomsessensen skulle ytre seg, og de ble til og med betraktet med mistenksomhet, fordi den naturlige eller rene form av sykdommen kunne bli forandret og

²⁹³ Thomas Sydenham og John Pechey, *The Whole Works of that Excellent Practical Physician Dr. Thomas Sydenham wherein not only the History and Cures of Acute Diseases are treated of, after a New and Accurate Method: but also the Shortest and Safest Way of Curing most Chronical Diseases* (London: Richard Wellington, 1696), bd. 24, s. 117.

²⁹⁴ Det er jo heller ikke tatt fullstendig ut av luften all den tid de Sauvages allerede i tittelen på sitt verk anfører Sydenhams prosjekt som modell for sitt arbeid.

²⁹⁵ Jfr. Foucault, *The Birth of the Clinic*.

forstyrret gjennom kroppens medium.²⁹⁶ I den enkelte kropp var idiosynkrasien i høyeste grad levende, her ble essensen forkludret av individuelle variasjoner. Pasientens diett, renslighet, bolig, luft, vind og vann hadde alle innflytelse på hvilken fremtoning sykdommen ville få hos det enkelte individ, uten at de tilhørte sykdomsessensen. Det gjaldt derfor å være varsom når man skulle velge ut klassifikasjonskriterier: man måtte velge ut de essensielle symptomer, og ikke de tilfeldige individuelle variasjoner. Siden sykdommen ikke var knyttet til kroppen, men til en ideell sfære, ble den endret når den tok bolig i den enkelte kropp. Nosologenes oppgave var å finne frem til de naturlige skillelinjene som fantes mellom sykdommene, oppdage de virkelige essensene, og inkorporere dem i passende definisjoner.

Et spesielt tilfelle var det når sykdommen var ”komplisert”, det vil si blandet med andre sykdommer. Frederik Ludvig Bang sier det slik: Finner man ved en gitt anledning et ”tilfælde” som er fremmed, og ikke passer inn, så må man spørre pasienten ennå en gang, og erfarer man da at sykdommen er slik, med sammensatte ”tilfælder”, er den ”compliciert [...]”, das heißt, daß der Kranke von mehr als einem Übel zu gleicher Zeit befallen ist.²⁹⁷ Sykdomsessensene er relativt stabile. Passer ikke alle symptomer sammen, så er det altså ikke snakk om at det kan være en annen sykdom, eller en sykdom som ikke har vært beskrevet før, da løser man det ved å kombinere sykdommer. Flere av radesykeforfatterne bemerker i likhet med den danske sykehuslegen Bang at radesyken kan være ”foreenet” med en annen sykdom. C. E. Mangor konstaterer at ”denne Blanding [gjør], at der tillige indfinde sig andre Tilfælde end de nysopregnede”, noe som gjør den vanskeligere å ta stilling til. Eksempler på slike sykdommer som kan blande seg med radesyken, kan være den engelske syke hos barn, ”blegsot” hos kvinner, svindsot og venerisk sykdom. I siste tilfelle har den syke også ”kræftagtige Saar paa Hemmeligheden”, utvekster og sår ved ”Rumpehullet”, ”ædende” sår i ganen, halsen og ved roten av tungen. De kan også ha knuter i pannen, bak ørene og på den hårete del av hodet, samt benknuter på armer, ben eller hode. Finnes ingen av disse, og ikke heller en ”dryppert” eller ”skarpt Hvidflod”, kan man gå ut fra at radesyken ikke er venerisk, sier han. Arbo påpeker at radesyken iblant også er ”compliceret” med andre ”Svagheder”. Eksempler han gir er ”den sædvanlige Skiørbug, den engelske Syge, Rheumatismo chronico, Fnæ, den veneriske Syge”. Hvis det er tilfelle, ”skal bemeldte Svagheders diagnostiske

²⁹⁶ Peter, ”Kranke und Krankheiten am Ende des 18. Jahrhunderts (aufgrund einer Untersuchung der Königlich-Medizinischen Gesellschaft 1774-94)”, s. 297.

²⁹⁷ Foruten pasientens symptomer, må man nøye notere seg 1) pasientens alder, 2) hvor lenge tilstanden har vart, 3) de forutgående årsaker: for eksempel diett eller andre forutgående sykdommer, 4) den terapien pasienten hittil er underkastet.

Kiendetegn alltid kunne give den opmærksomme Læge tilkiende, med hvilken af disse Svagheder Radesygen er compliceret” (Mangor s. 39).

Som Michel Foucault har påpekt, var et vesentlig trekk ved denne klassifikasjonsbestrebelsen at den oppfattet (de ideelle) klassifikasjonene som gjenspeilinger av naturens egen orden; klassifikasjonsprinsippene lå allerede der ute i naturen, og måtte kun avdekkes av vitenskapsmannen.²⁹⁸ Det gjaldt å lese naturens bok riktig, så ville prinsippene gi seg med nødvendighet. Imidlertid eksisterte det en kontinuerlig spenning mellom behovet for et system basert på et fåtall distinktive kriterier og en oppfatning om en naturlig gruppe basert på mange affiniteter mellom forskjellige former. Buffons omfangsrike naturhistorie, for eksempel, ble formet som en opposisjon til det han mente var altfor rigorøse og unaturlige systemer, og han kritiserte Linné for å introdusere bare et fåtall arbitrært valgte deler og slik kamuflere virkeligheten. For Buffon var et rigorøst system av klasser, ordener og genera umulig. Problemet var hvordan man skulle forene klassifikasjonspraksisen med naturens virkelige skillelinjer.²⁹⁹ Det sentrale spørsmål var altså hvorvidt disse systemene var etablert som naturens speil eller hvorvidt de var tenkt som heuristiske redskaper.

De tekster som behandles her er skrevet i nosologiens glansperiode. Siden radesyken var et nytt fenomen i samtiden, og derfor ikke fantes i de store nosologiene som er omtalt her, ble det i de teoretiske avhandlingene prekært å finne frem til hvordan den skulle plasseres i det nosologiske skjema. Både av politiske og terapeutiske årsaker var det maktpåliggende å finne ut hvor i systemet sykdommen hørte til, og hvilke sykdommer den hørte sammen med. Radesyken måtte etableres som et enhetlig objekt, innenfor tidens etablerte kunnskapsunivers. Var radesyken en egen sykdom, eller var det bare et nytt navn på en gammel lidelse? Og hvis den var en egen sykdom, hva karakteriserte den i forhold til andre sykdommer? I det følgende skal jeg ved noen eksempler fra radesyketekstene vise hvordan de er grunnleggende influert av samtidens nosologiske bestrebelser.

2.1. Radesyken i det nosologiske skjema

Nosologien er helt sentral for å forstå de fleste av tekstene om radesyken. I det som følger skal jeg gi to eksempler på hvordan den direkte nedfelles i radesykelitteraturen, nemlig hos C. E. Mangor og Frederik Holst. Mangor knytter sin beskrivelse av radesyken til sykdommens fremtredelse gjennom fire ”Hovedforandringer”, som han kaller det. Disse fire

²⁹⁸ Espen Schaanning, ”Fortiden i våre hender: Foucault som vitenshåndtør” (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo, 2000).

²⁹⁹ Dirk Stermerding, ”How to Make Oneself Nature's Spokesman? A Latourian Account of Classification in Eighteenth- and Early Nineteenth-Century Natural History,” *Biology and Philosophy* 8, no. 2 (1993): 193-223.

hovedforandringene er forkjølelse, skjørbuk, det som ”vanligvis” kalles radesyke og endelig spedalskhet. Mangors fremmede sykdomsunivers har blitt oppfattet som tåkete, spekulativt og irrasjonelt. Ser vi Mangors prosjekt i forhold til nosologien og dens måte å tenke om sykdom på, blir hans inndelinger kanskje mer begripelige. Ettertiden har ment at det mest absurde ved Mangors tekst var at han plasserte spedalskhet som sluttstadiet til radesyke, samtidig som han fastholdt at radesyken var en egen sykdom. Mangor opererer imidlertid ikke, som ettertiden synes å mene, med et *kronologisk* tidsskjema der forkjølelsen (første fase) etter en viss tid går videre til skjørbuk (annen fase) og så videre til radesyke (tredje fase) og endelig til spedalskhet (fjerde fase). I denne teksten utgjør de forskjellige tidsrommene snarere et modningsskjema, det sier noe om hvilke ulike former sykdommen kan ta under gitte betingelser – som planten, som kan spire, vokse og dø. Mangor tenker primært i romlige kategorier, i hierarkier, og ikke i temporale inndelingsprinsipper. Etter min mening er ikke radesyken her å forstå som forstadium til spedalskhet. Det er snarere slik at den radesyken Mangor fremsetter opptrer som en mer generell kategori enn spedalskhet. La oss tenke oss at radesyken er en generell klasse, som inneholder slektene forkjølelse, skjørbuk, spedalskhet og det som ”vanligvis kalles radesyke”, altså det folk vanligvis forbinder med ordet (men som hos Mangor altså bare blir en undergruppe). Fremstilt i tabell ville det se slik ut:

Radesyke			
Forkjølelse	Skjørbuk	”Radesyke”	Spedalskhet

For å se om dette stemmer, kunne vi se litt nærmere på hvordan de klassiske nosologene klassifiserte skjørbuk og spedalskhet. De Sauvages har i sitt system en klasse (X) som heter *cachexiae*, der fargeforandringer er en vesentlig faktor. Denne klassens femte orden heter *impetigines*, og her finner vi blant annet nettopp spedalskhet (eller *elephantiasis graecorum* som han kaller den) og skjørbuk. Det er altså fargeforandringer på huden som avgjør at disse sykdommene sorteres i samme gruppe, igjen et eksempel på hvordan symptomene er viktigere enn sykdomsårsakene for klassifikasjonsbestrebelsene. William Cullen, kanskje den mest kjente av nosologene ved siden av de Sauvages, publiserte sitt innflytelsesrike skrift *First Lines of the Practice of the Physics* (1776–1784) første gang i 1769. I Cullens avhandling finner vi også en klasse som heter *cachexia*, som igjen har en orden som han kaller *impetigenes*. Den essensielle fellesnevner for denne ordenen er for Cullen ”a depraved habit, with affections of the skin”. Det vil si, en generell lidelse manifestert av hudforandringer. I denne ordenen finner vi veneriske sykdommer, skjørbuk, spedalskhet og gulsott.

Etter min mening er dette svært likt det Mangor gjør: Han destillerer noen symptomer, som blant annet består av endret hudfarge, og postulerer at radesyken er en generell kategori med undergruppene forkjølelse, skjærbuk, radesyke og spedalskhet. Mangors tekst føyer seg altså inn i en etablert tradisjon, og følger et helt rasjonelt mønster, det dominerende intellektuelle skjema for medisinske vitenskapelige bestrebelser på 1700-tallet.

Mangor sier ikke noe sted at han snakker om ideelle sykdomsessenser, eller at det han bedriver er å sette radesyken inn i en hierarkisk tabell. Imidlertid er disse likhetene så påfallende at det er nærliggende å hevde at det er nosologiens diskursive skjema han følger. Formodningen blir styrket ved at han har inngående overveielser hva angår forskjellen mellom symptomer som skyldes sykdommens egentlige karakter og uttrykk som skyldes tilfeldige variasjoner. Han påpeker blant annet et sted at mange vil hevde at radesyken og spedalskheden er to forskjellige sykdommer, ”fordi Radesygen ei ligner den Beskrivelse, som giøres paa Spedalskheden i Bibelen og nogle af de ældste medicinske Bøger” (Mangor s. 5). Hans forklaring på dette er at sykdommen, som menneskene, får forskjellig fremtoning alt ettersom hvor den geografisk befinner seg: ”End ikke menneskene ere ganske eens over heele Verden, uagtet de ere af een Slægt; hvor vil man da vente, at Spedalskhed, som er en Sygdom, meget forårsaget af Klima, og den dermed følgende Levemaade, skal være eens overalt?” (Mangor s. 5). Disse variasjonene som skyldes geografiske forhold har sin parallell i lokale forskjeller hos den enkelte også innenfor et og samme geografiske område:

[D]ette maa nøye merkes, at endskiønt Sygen i Grunden er den samme, og gaaer frem hos alle til eet Maal, saa lader den dog i dette tredie Tiidsrum ei ganske eens hos alle, naar man løselig betragter den. Saaledes kunde man troe, at en, som havde disse Pletter, har ei samme Sygdom, som de, der have Knuder, Fnat eller Ringorme; men denne Forskiel i den udvortes Skikkelse kommer aleene af den Forskiel, som kan være i den syges Temperament, Alder og meer eller mindre urigtige Levemaade. (Mangor s. 16)

To bemerkninger må knyttes til dette sitatet. For det første blir det tydelig her hvilken status Mangor gir sin egen inndeling av sykdommen i ”tidsrum” eller faser. Det er altså et ideelt tidsskjema han opererer med, forestillingen om at sykdommen utvikler seg frem mot et mål. Den temporale dimensjonen knyttes altså ikke til en tid som utfoldes i den enkelte, konkrete kropp, men forstås i lys av et ideelt utviklingsskjema for sykdommen, på linje med plantens spire, vekst og død. Botanikkens forbilde viser seg i nosologien blant annet med et slikt abstrakt forhold til sykdommens tid. For det andre viser sitatet hvordan Mangor oppfatter sykdommen som noe uavhengig av den syke selv, som noe utvendig til kroppen, som blir modulert av individuelle forhold når den tar nedslag i den enkelte kropp. Ideelt sett er altså sykdommen den samme hos alle, og den beveger seg mot et mål, slik en plante vokser og dør. Ideelt sett skulle dette ha gitt manifestasjonen av de samme symptomer hos alle. Når det ikke

er slik, har det ikke bakgrunn i forskjeller som angår sykdommens essens. Han understreker tvert imot at ”denne Forskiel i den udvortes Skikkelse” skyldes tilfeldige forhold som levemåte, temperament og alder, som altså oppfattes som utvendige til sykdommen. Hvordan skal vi forstå motsetningen til dette foranderlige *udvortes*, nemlig det *innvortes*, sykdommens permanente natur? Det synes ganske åpenbart at det ikke er kroppens indre det er snakk om. Hvis vi tar utgangspunkt i at Mangor her henspiller på en forestilling om at sykdommen har en ideell eksistens utenfor kroppen, så blir det mer forståelig. Motsetningen til en ”udvortes Skikkelse” blir da en fast og konstant natur, en egentlig essens som ikke lar seg påvirke av tilfeldige, ytre fenomener. De forskjellige variasjonene dreier seg altså bare om mer eller mindre kontingente og utvendige variasjoner, mens den indre essens og koherens garanteres av sykdommens ontologiske permanens.

Frederik Holst, som skrev sin avhandling om radesyken nær 30 år etter Mangor, står på mange måter i et krysningspunkt. På den ene side er det et klassisk nosologisk prosjekt vi her står overfor. Holsts primære ambisjon er å plassere radesyken i det nosologiske skjema; han er ute etter å vise hvilken ”sykdomsslekt den tilhører” (Holst 2005 s. 30). Innledningsvis presiserer han også at dette må bestemmes på bakgrunn av symptomer som kan sanses. Dette kjennetegn kan ikke etableres i henhold til forutbestemte teorier, skriver han videre, og refererer til Arbo og Mülertz, som etter hans mening forsøkte å bestemme radesyken i henhold til ”kjemisk teori” og som derfor var nødt til å feile. De hadde beskrevet sykdommens ulike former ”i henhold til gjenstridig motstridende prinsipper”, mens Holst fremholder at bare ett prinsipp kan ligge til grunn for enhver oppdaget sykdom, og dette grunnprinsippet bestemmer både ”sykdommens ulike arter og dens livskraft.” Hva dette prinsippet er, er derimot vanskeligere å bestemme. Derfor er det ”mye bedre å inndele vår sykdom i bestemte arter i samsvar med symptomer som kan sanses.” Holst skal imidlertid ikke gi en uttømmende beskrivelse av alle formene sykdommen fremtrer med, ikke heller ramse opp alle tilgjengelige beskrivelser som foreligger av radesykenes forskjellige symptomer. Det er ”sykdommens fremste kjennetegn” det gjelder å komme frem til, eller snarere ”kjennetegn ved sykdomsslekten” (Holst 2005, s. 37). For Holst er det skjellene som utgjør radesykenes mest karakteristiske symptom, og som skiller radesyken fra andre tilsvarende sykdomsslekter. Den skjellete huden er ikke det eneste kjennetegn, men det er det vesentlige. Har man mistanke om at noen sykdommer er nært beslektet, må man i neste trinn sammenligne de ulike sykdomsslektenes årsaker. Dersom de har de samme årsaker, vil denne sannsynligheten (for at de er nært beslektet) ”løftes opp til den største visshet”.

Holst sier altså helt eksplisitt at det han er ute etter, er å etablere en egen slekt for radesyken. Som sådan er det et klassisk nosologisk prosjekt. Klassifikasjonen skal inndeles i henhold til de karakteristiske symptomer. Det er ikke lenger tale om en abstrakt sykdomssens, symptomene utgjør selv sykdommen og peker ikke tilbake til noe annet enn seg selv. Dette gjør at Holsts nosologiske prosjekt også blir annerledes enn hans forgjengeres. Symptomene skal destilleres ned til et minimum. Det dreier seg ikke lenger, som hos Mangor, om å samle alle symptomer under en fellesbetegnelse, det dreier seg om å etablere et karakteristisk symptom som viser til sykdommen og unikt karakteriserer den.

Holst har også et helt annet forhold til temporalitet enn det som hadde vært vanlig innenfor den klassiske nosologien. Det er nok fremdeles slik at tiden nærmest får karakter av ideell størrelse, men Holst understreker likevel helt eksplisitt at tiden kan være med å bestemme sykdommens karakter. Som en hjelp i bestemmelsen av radesykens natur må man, sier han, klassifisere sykdommen ut fra dens temporale genese: altså fra den første begynnelsen. Konklusjonen blir dermed at radesyken kan beskrives slik: ”*først feber, så et særlig utslett (exanthema) og småknuter (noduli) og først da den morkne ødeleggelsen av selve skjelettet*”. Dette siste forårsaker den type fordervelse av organismen som kalles *cachexia*. Og Holst konkluderer til slutt at han med dette har gjort ”denne dunkle sykdoms natur” kjent, ”i den grad at vi skal våge å henvise til samme sak med *exanthemata* og *cachexia*.” Ord som *først, så* og *først da*, viser til at tid har blitt et vesentlig element i klassifikasjonen. Hvis for eksempel den morkne ødeleggelsen kommer før feberen eller utslettet, er det ikke radesyke. Temporalitet har blitt en vesentlig dimensjon av klassifikasjonen selv.

Hvor plasserer så Holst radesyken i sitt nosologiske skjema? Det symptomet Holst la overveiende vekt på i sin klassifikasjon, og som han også får til å stemme med etymologien til både ordet ”radesyke” og til ordet ”lepra”, var som vi så, skjell. Disse skjellene kan fremstå på to måter: enten alene, det er den skjellete formen (*squamosa*), eller sammen med knuter, det er den knutete formen (*tuberosa*). Vel og merke er ikke dette en inndeling som knytter seg til ettertidens inndeling av lepra i en glatt og knutete form. Så hva knytter denne beskrivelsen seg til da, hva er det han baserer sin klassifikasjon på? For å forstå det, er det viktig å gå via en begrepshistorisk gjennomgang. *Lepra* i de hippokratiske skrifter betegnet et alminnelig utslett, eller også skjellete former for ulike ikke-spesifiserte sykdommer. Plinius og Galen hadde imidlertid beskrevet en annen sykdom, som var kronisk og mutilerende, med knuter i ansiktet. De kalte sykdommen *elephantiasis*, et ord som også ble beholdt i senere latinske oversettelser. Imidlertid ble i stadig økende grad i senmiddelalderen *lepra* det ord som kom til å bli brukt

om det grekerne hadde kalt *elephantiasis*, og grunnen var oversetterproblemer i overgangen fra arabisk til latin. De greske medisinske verkene hadde i stor grad gått tapt i middelalderen, og kom som de fleste andre antikke tekster tilbake igjen via en oversettelse fra arabisk. I oversettelsen fra gresk til arabisk hadde oversetteren brukt ordet *juzam* eller *ludam* om det som ble kalt *elephantiasis* av Galen og hans kolleger.³⁰⁰ Da de arabiske skrifter kom tilbake til latin på 800-tallet, ble ordet *juzam* så oversatt med *lepra*, mens *elephantiasis* ble brukt om det araberne hadde kalt *dal-Fil*, eller elefantfot. Da de greske skrifter ble oversatt direkte til latin, ble dette oppdaget, og man stod derfor igjen med følgende betegnelser: *Elephantiasis graecorum* (Plinius og Galens elephantiasis), *elephantiasis arabum* (dal-Fil eller elefantfot), *lepra graecorum* (det uspesifikke hudutslettet) og *lepra arabum* (som var synonymt med *elephantiasis graecorum*). På latin fikk man derfor den vanskelige situasjon at man hadde to uttrykk som beskrev spedalskheten: *elephantiasis graecorum* og *lepra arabum*, mens *lepra graecorum* betegnet skvamøse (skjellete) hudsykdommer, og *elephantiasis arabum* betegnet en lokal tilstand i leggen. Resultatet var uansett at den generelle greske betegnelsen *lepra* ble koblet til den mer spesifikke betegnelsen *elephantiasis*. Dette fikk store konsekvenser for de spedalske. Ordet *lepra* var nemlig blitt forbundet med urenhetsbestemmelsene i Bibelen,³⁰¹ idet ordet *zara'ath* i den første greske oversettelsen av bibelen, *Septaguint* (250 f. kr., til jøder i diaspora), ganske korrekt ble oversatt med ordet *lepra*, som var avledet av ordet lepros. I Det Gamle Testamentet, *Leviticus bok*, identifiseres *Zara'ath* eller *tsara'ath* som en sykdom som gjør at dens ofre må stenges ute fra samfunnet fordi de er urene. *Lepra* i de hippokratiske skrifter hadde betegnet alminnelig utslett, eller også skjellete former for ulike ikke-spesifiserte sykdommer. Da *Vulgata* ble laget, oversatte man ikke ordet *lepra*, men lot det opprinnelig greske uttrykket bli stående. Og når begrepet *lepra* ble identifisert med spedalskhet i middelalderen, ble selvfølgelig spedalskhet også knyttet til de angjeldende bibelske tekstavsnitt, og sykdommen fikk dermed sterke religiøse konnotasjoner. De leprøse var sett på som både valgt av og på samme tid avvist av Gud, og derfor ikke satt i totalt eksil, men plassert utenfor samfunnet som levende døde. Mange steder ble det lest dødsmesse over dem idet de ble satt inn i lepresoriene, og eiendelene deres ble fordelt.³⁰² Lepresorier ble konstruert i stort omfang, og mange av de syke måtte bære stigmata som en bjelle eller et gult kors.

Hva skjedde så med ordet *lepra* umiddelbart før Holsts tid? Den som regnes som den moderne dermatologiens grunnlegger, Robert Willan (1757-1812), brukte betegnelsen *lepra*

³⁰⁰ Daniel Cornelius Danielssen og Carl Wilhelm Boeck, *Om spedalskhed* (Christiania: Chr. Grøndahl, 1847).

³⁰¹ 3. Mos. 14.

³⁰² Anders Bjarne Fossen, *Bergen bys historie* (Bergen: Universitetsforlaget, 1979), bd. II, s. 799.

om en hudsykdom som hadde skjelling som sitt hovedkarakteristikum, og et av synonymene for psoriasis i den anglosaksiske verden i dag er *Willans Lepra*. Willan klassifiserte hudsykdommene i i syv forskjellige ordener etter morfologiske prinsipper som i stor grad er de samme som de som brukes i dagens dermatologi (makler (flekker), papler (små kuler), vesikler (væskefylte blærer), pustler (pussfylte blærer), etc.). Han grupperte *lepra arabum* i sjette orden, og *lepra graecorum* i annen orden i sitt system, og etablerte dem altså som to forskjellige sykdommer. Holst refererer til Willan, men er uenig i hans separasjon av *elephantiasis* og *lepra* i to forskjellige ordener. I det nosologiske skjema plasserer Holst *lepra arabum* og *lepra graecorum* som to forskjellige slekter under den samme hovedsykdommen, radesyken, eller lepra som han foretrekker å kalle den.

Så langt to eksempler på hvordan forfatterne forholdt seg til den nosologiske tradisjonen. Hos få av dem er den helt eksplisitt. Det gjelder også det neste fenomenet som skal undersøkes i disse bøkene, og som i de fleste av disse bøkene utgjør det første hovedkapittel, nemlig gjennomgangen av radesykens kjennetegn og dens såkalte "tilfælde".

3. Tilfælde og Kiendetegn

De fleste av radesyketekstene har et eget kapittel om radesykens "Tilfælde" og "Kiidetegn". Nicolaus Arbo har et kapittel som heter *Svaghedens Beskrivelse, tilligemed dens Tilfælde og Kiidetegn*. Møllers tilsvarende kapittel er *Om Sygdommens Beskrivelse og Kiidetegn*. Mülertz omtaler dette i kapitlet *Hva der egentlig forstaaes i Norge ved Radesygen, og hvordan denne Sygdom viser sig*, mens Mangors kapittel heter *Radesygens Beskaffenhed og Kiidetegn*. I det følgende skal det gis en beskrivelse av den presentasjonen forfatterne gir av radesykens "Tilfælde" og "Kiidetegn". For å forstå hva disse tegnene og "tilfældene" betyr er det imidlertid vesentlig å plassere dem der de hører hjemme, nemlig innenfor den medisinske semiotikken, som faktisk var en av medisinenes nøkkeldisipliner på 1700-tallet. Aller først skal jeg imidlertid forsøke å gi et lite omriss av hvilke forståelsesmåter som var tilgjengelig for uttrykkene "tilfælde" og "kiidetegn", ved hjelp av samtidens store oppslagsverk og medisinsk teori. Det er nemlig vesentlig å forstå at "tilfælde", selv om det i samtiden tilsvarende det latinske symptoma, ikke er ensbetydende med det vi i dag ville kalle symptom, og at heller ikke tegn har den betydning vi i dag legger det i medisinen. Hvordan radesykens "tilfælde" og "kiidetegn" relaterer seg til dette vil jeg dernest komme tilbake til etter å ha gitt et omriss av de konkrete "tilfælde" og "kiidetegn" som bøkene beskriver. Det er viktig å gjenta allerede her at alle tekstene jeg berører, bortsett fra Frederik Holsts avhandling, har en todelt struktur som gjør bøkene til en slags palimpsest: På den ene side

skal de løfte frem radesyken som kunnskap, nosologisk størrelse og sykdomssessens. På den annen side skal de gjøre sykdommen gjenkjennelig for allmuen og deres hjelpere, slik at sykdommen kan gjenkjennes når den tar bolig i de konkrete kroppene ute på landsbygda. Disse to prosjektene er ikke lette å forene, for på den ene side besitter sykdommen, som vi så, en ideell artsmessig kjerne, og det er noe helt annet enn de enkelte og konkrete utslag den får når sykdommen tar bolig i en kropp. Verkene forholder seg til den medisinske diskurs, idet de de facto etablerer radesyken som sykdom i det nosologiske skjema. Ikke desto mindre skal tekstene virke i praksis – ute på landsbygda. I ulik grad formidler de mellom disse to hensyn, noen heller mot den ene siden, mens andre heller mot den andre siden. Det betyr at den innviklede relasjon mellom ”tilfælde” og tegn ikke nødvendigvis blir tematisert eksplisitt, men det vil fremgå av det nedenstående at de i høyeste grad foreligger som implisitt struktur.

Ordet *Tilfælde* svarer til det tyske *Zufall*, og var på 1700-tallet synonymt med den latinske betegnelsen *symptoma*. Som det fremgikk av nosologikapitlet, var ”tilfældet” ikke identisk med sykdommen selv. Det opptrådte samtidig med pasientens syke tilstand, med sykdommens nedslag i den enkelte kropp, og ”tilfalt” sykdommen, derav navnet ”tilfælde”. ”Tilfældet” er altså forskjellig fra vårt begrep om symptom på minst to måter: For det første betegnet det ikke som i dag utelukkende det vi ville kalle pasientens subjektive fornemmelser (i motsetning til legens objektive erkjennelse). For det andre var ikke symptomene, som i dag, noe som tilhørte selve sykdomsdefinisjonen, ved å inngå i et karakteristisk sett med fenomener som utgjør sykdommen. Snarere var det altså noe som tilfalt sykdommen.

Hvordan blir ”tilfælde” karakterisert i radesyketekstenes århundre? I Zedlers universalleksikon, et av 1700-tallets store oppslagsverk fra midten av århundret, omtales *Zufall* under oppslagsordet *symptoma*, *accident*. Her deler de ”tilfældet” inn i to ordner: De som ”von gewissen Krankheiten eigen sind”, som er virkninger av sykdommen og ledsager den hos nesten alle pasienter som har sykdommen, og dernest de som ikke er egentlige virkninger av sykdommen, men skriver seg fra forskjellig temperament, leveorden, sinnstemning etc. De første, som er uatskillelige fra sykdommen, omtales som *signa patognomonici*. De kan inndeles i de som skriver seg umiddelbart fra sykdommen, *symptomata morbi*, og de som skriver seg fra ”tilfældet”, *symptomata symptomatis*. Det er virkninger som nødvendigvis følger sykdommen.³⁰³ *Signa patognomonici* er et fenomen som

³⁰³ I den franske encyclopedien defineres symptomet slik : ”SYMPTOME, s. m. en Médecine, se confond ordinairement avec le signe, & on les définit un signe, ou un assemblage de signes dans une maladie, lesquels indiquent sa nature & sa qualité, & font juger quel en sera l'événement.”

historisk skriver seg fra midten av 1700-tallet,³⁰⁴ og jeg skal komme nærmere tilbake til det i det som følger.

Herman Boerhaave skilte mellom tre forskjellige hovedgrupper av "tilfælder":³⁰⁵ De som forårsakes av sykdommen, men allikevel var forskjellig fra sykdommen selv og fra sykdomsårsaken; de som oppstår fra et annet "tilfælde" og endelig de som direkte oppstår fra sykdomsårsaken. Hans eget eksempel er skuddsåret, som har følgende "tilfælder": smerte, blødning og hevelse (som er noe som "tilfaller" sykdommen); svakhet, sitring og eventuelt besvimelse (som "tilfaller" "tilfældet" blødning). Skuddet kan også deponere gift i såret og gi smerter eller hevelse, dette er i så fall noe som "tilfaller" årsaken (kulen). I København på slutten av hundreåret brukte Heinrich Callisen nøyaktig samme inndeling av "tilfældet". Han var opprinnelig kirurg, men tok medisinsk doktorgrad i 1772 og ble professor ved medisinsk fakultet i København fra 1773. I hans verk *System der neuen Wundarzneykunst* slo han fast at "tilfældene" (*zufälle*) kunne være enten a) nødvendige, varige, iøyenfallende, konstante, eller b) mindre varige eller bestandige. De første delte han videre opp i henhold til hvorvidt de viste til i) tilstedeværelsen av en sykdom, eller ii) skilte sykdommen fra andre ("weil sie aus ihrer Natur her erschließen, und also in verschiedenen Krankheiten verschieden sind").³⁰⁶ Videre deler han inn "tilfældene" i årsakstilfeller (*zufälle der Ursachen*), sykdomstilfeller (*zufälle der Krankheit*), tilfeller av "tilfældet" (*zufälle der Zufälle*), nødvendige og bestandige, og endelig tilfeldige og forbigående "tilfælder".

For å gjøre en lang historie kort: på 1700-tallet finner det sted en historisk overgang i forståelsen av "tilfældet". Fra noe som bare "tilfalt" sykdommen og som et fenomen som ledsaget sykdommens tilstedeværelse i den enkelte kropp, blir det i økende grad utover 1700-tallet i medisinsk praksis forstått som et tegn som peker mot sykdommen, og som qua tegn (*signa patognomonica*) viser til noe annet, nemlig sykdommen. I Callisens verk kan "tilfældet" endog hjelpe til med å skille sykdommer fra hverandre.

Hva så med tegnet? *Signum* var et tegn som viste legen det han ikke selv kunne se, det betegnede (*signatum*). I antikken hadde tegnet i det alt overveiende vært prognostisk; det sa noe om utfallet av sykdom, og ble knyttet hovedsakelig til tre forhold: blodet som ble tappet ved årelatningen, pulsen og urinen. Siden prognosen har en så sentral plass i de hippokratiske skrifter, fikk tegnet også en nøkkelposisjon i den medisinske praksis – det var tegnet som

³⁰⁴ Se Volker Hess, "Medical Semiotics in the 18th Century: A Theory of Practice?," *Theoretical Medicine* 19, no. 3 (1998): 203-13.

³⁰⁵ til dette se Christian Probst, *Der Weg des ärztlichen Erkennens am Krankenbett Herman Boerhaave und die ältere Wiener medizinische Schule* (Wiesbaden: Steiner, 1972), s. 34.

³⁰⁶ Heinrich Callisen, *System der neuern Wundarzneykunst: zum öffentlichen und Privatgebrauche* (Kopenhagen: Christian Gottlob Proft, 1788), § 14.

kunne gi handlingsanvisninger til legen, mens symptomet bare var tilfeldig (accidens). På 1700-tallet er dette imidlertid i ferd med å endre seg. Tegnet viser ikke lenger bare til prognosen, men blir i økende grad noe som peker mot sykdomstilstanden – her og nå. Boerhaave viste til at tegn var fenomener som i sin betydning som tegn bare kunne bli erkjent av legen. Det dreide seg ifølge Boerhaave om dype sammenhenger som ikke nødvendigvis var direkte innlysende, men måtte bli oppsporet av legen. Til disse hørte ikke bare tilsynekomster på kroppen til de syke ("tilfælde"), men også temperamentet (kroppens konstitusjonelle egenskaper), anamneseopplysninger (opplysninger fra pasienten om sykdomsforløpet), og omstendigheter utenfor pasienten (vær, stedets karakter, herskende epidemi).

I Zedlers universalleksikon skilles det under oppslagsordet *Merckmahl* eller kjennetegn, mellom følgende tegn: blodets kjennetegn (*signum sanguinus*), pulsens kjennetegn (*signum pulsus*), urinens kjennetegn (*signa urinae*) og sykdommens kjennetegn (*signum/signatura morborum*). Det som hos Zedler betegnes som blodets, urinens og pulsens kjennetegn tilsvarer det som i den franske encyclopedien betegnes som prognostiske tegn, og knytter an til antikkens tegnforståelse, som vi beskrev over. Sykdommens kjennetegn viser imidlertid ikke til en sykdomsenhet, men til en sykdomstilstand i blodet, som det er viktig å kjenne til dersom man skal foreskrive behandling.

I den franske encyclopedien ble det under oppslagsordet *Signe* skilt mellom fenomen eller "tilfælde" og tegn. Tegnet utledes av enkelte tilsynekomster: pulsen er for eksempel et fenomen, men blir til tegn, når det blir sluttet fra dets forhold til blodomløpet og hjertet. Vi ser vel å merke at tegnet heller ikke her anses å peke tilbake på en sykdomsenhet, på en nosologisk størrelse, det tegnet viser til i encyclopediens eksempel er en fysiologisk størrelse – blodomløpet, ikke en sykdom. Bare grundige og gjentatte betraktninger kunne dekke forbindelsen mellom kjennetegn (*signe*) og det betegnede saksforholdet, hevdes det videre i artikkelen – det var ingen hendelse i den sunne eller syke menneskelige kropp som ikke kan bli til tegn. Artikkelen skiller mellom anamnestiske tegn (for eksempel arr), diagnostiske tegn (til status presens) og prognostiske tegn (som er betydningsfulle i forhold til sykdomsforløpet). Artikkelen beskriver imidlertid også *patognomoniske* tegn, som alltid har den samme betydning og viser til ett og samme saksforhold, som for eksempel forhøyet pulsfrekvens ved feber. Også her er altså patognomotiske tegn et unntak, idet de viser til sykdommen feber (feber var på 1700-tallet både et tegn og et "tilfælde", se f.eks. de Sauvages innføring om feber).

1700-tallet brakte altså inn et nytt element i tegnforståelsen: *signa patognomica* fikk en større plass i fortolkningen av den enkelte syke. Det dreier seg om *patognomotiske* tegn; tegn som er karakteristiske for en bestemt sykdom.³⁰⁷ De hadde altså ikke en direkte prognostiske betydning, ei heller sa de noe om styrken på sykdomstilstanden. Det er "tilfældene" som har blitt til tegn, tegnet har smeltet sammen med "tilfældet". Hos en av de viktigste semiotikere i tyskspråklig område i annen halvdel av 1700-tallet, Gaub, finnes det ikke noe større skille mellom tegn og "tilfælde". Det vil si, tegnene var ikke noe annet enn "tilfældene" selv, men ikke alle "tilfælder" var tegn – de måtte først gjøres til tegn av den erkjennende lege.

Hva er det så som finner sted i disse radesyketekstene, hva er det de skal vise oss, når de omtaler radesykens "kiendetegn" og "tilfælde"? Beskrivelsene i disse tekstene er svært fysiske, her er sår og byller og utslett, og det er en kropp som er forbundet med den ytre verden på mange måter – gjennom hva den tar inn, og hva den skiller ut. På mange måter er det i det hele tatt vanskelig å etablere et slikt skille.³⁰⁸ Innledningsvis skal jeg redegjøre for hvilke fenomener de beskriver under overskriften Kiendetegn og Tilfælde, deretter skal jeg drøfte hvilken betydning disse fenomenene de beskriver får, og også hvilken relasjon de får i forholdet mellom "tilfælde" og kiendetegn.

3.1. Radesyken som et sett av kjennetegn

Johannes Møller innleder med en beskrivelse av skjorbukens vanligste "tilfælde", nemlig forråtnelse i tannkjøttet, og flekker av "atskillige" farger, særlig på beina (de mangler imidlertid ofte i Norge, tilføyer han i en fotnote). Dertil kommer "trangbrystighet" og kort åndedrett, og en matthet og tretthet i lemmene, som er særlig ille om morgenen. Det opptrer også kløende utslett på armer og bein, særlig klør det mye om natten. Ofte opptrer hasselnøttstore, mørkerøde, og blåaktige knuter. De er fåtallige, sitter enkeltvis, og finnes på armer og bein. Et alvorlig "tilfælde" er sårene, som er "svampagtige" og ujevne, og "om sig etende". Sårene finnes også i slimhinnene. Det er "krebsagtige" sår, som fortærer ganen, mandlene, drøvelen og den bakerste del i halsen. "Tilsammendratte lemmer", særlig i hasene, er et annet viktig kjennetegn, likesom giktsmerter, vattersott og store "soppaktige" utvekster. Disse siste kan bli så store som et barnehode, og er kjent under navnet "ørsel" i Norge.

For *Nicolaus Arbo* er det de mange "heslige, urene, slemme, ulægelige aabne" sårene som utgjør radesyken. (Arbo s. 18) Sårene sitter oftest på armene, lårene og føttene. I tillegg

³⁰⁷ Jfr. Gaub § 117, sitert fra Hess, "Medical Semiotics in the 18th Century: A Theory of Practice?", s. 53.

³⁰⁸ For en beskrivelse av denne kroppen, se f.eks. Duden, *The Woman Beneath the Skin: A Doctor's Patients in Eighteenth-Century Germany*.

finnes de på slimhinnene, som på lepper, i munnen, i halsen, på mandlene og drøvelen, samt i nesen. Kun svært sjelden har han funnet dem på kjønnsdelene. Av størrelse kan de være både store og små, ofte mer enn 4–5 tommer i diameter. I bunnen er sårene ”dunkelbrune” eller fiolette. Av form er de ujevne og kulete, og de er urene. Sårets rand er blålig rød og ”noget calløs”. De er for det meste uten lukt, og utsondrer et ”vandagtigt serum”. På alle måter, sier han, ser de ut som ”de slemme Skiørbugssaar”, slik disse beskrives i van Swietens kommentar over Boerhaaves aforismer.

Arbo hevder videre at disse sårene har sin begynnelse på flere måter. De kan utvikle seg fra harde knuter, som siden blir betent og utvikler seg til sår. Eller de kan komme etter en skade, som ved slag, fall eller støt, eller ved sterk kulde og frost, kort sagt det som ”i de udvortes Dele kan hemme Vædskernes Løb”, og derved forårsake hevelse og betennelse. I nesen kan slike sår innledes med en langvarig katarr med snue. En halskatarr innleder ofte angrepet i munnområdet, og da angriper sårene etter hvert også såvel brusk som bein. Både uvula [drøvelen], tonsillene [mandlene] og velum palatinum [ganespeilet] kan helt eller delvis bli ”fortæret” og da ser halsens overflate ut som om den var overtrukket med en hvit og gulaktig slimhud. Sårene i halsen har en bunn som er hvit og gulaktig, uren og ujevn, og ”her og der besatte med mørkerøde Pletter”. Dybden og utstrekningen er avhengig av hvor lenge de har vart. Er det gummen som angripes, begynner det med en hevelse som siden blir betent og blir til sår, som hastig angriper gummebenet slik at det blir hull opp i nesen. Disse sårene forårsaker videre en heshet, en manglende artikulasjon og tale gjennom nesen. Av og til angripes også leppene og tungen, og en gang, forteller Arbo, har han sett et så stort sår i dette området, at ”man neppe mer kunde see eller kiende, verken Læberne eller Mundens Aabning; men denne hele nederste Deel af Ansigtet saae ud, som et hæsseligt, ureent, purulent og halv forradnet Stykke raat Kiød.” (Arbo s. 22). I tillegg til sårene finnes det også benhevelser (Tophi), på skinnbeinet, albuen og underarmen. Av og til blir de til ”cariøse Beensaar”, men det har han sjelden sett. Arbo sier videre at han aldri har sett slike åpne sår på den del av hodet som er behåret, ei heller på kjønnsorganene. Hvis han har funnet slike, har de vært veneriske, og kombinert med andre ”sædvanlige Localfeil”, og i slike tilfelle var det altså en ”compliceret Svaghed”.

Radesyken fører meget sjelden smerte med seg, hvis den ikke er komplisert med andre sykdommer, som revmatisme eller venerisk syke. Derimot er hos ”Qvindekiønnet” menstruasjonen ofte hindret (obstructio mensium), særlig hos ugifte. Utover dette pleier disse syke ”at have ikkuns lidet eller intet af andre svagelige og slemme Tilfælde, men synes i øvrig at være friske”. De kan ofte spise, sove og arbeide som normalt, noe Arbo mener er noe av

årsaken til at de altfor sent søker hjelp, "undtagen naar enten Svagheden er meget slem, eller og naar de nødes dertil, af Frygt for at være befængte med en ureen, slem og farlig Svaghed."

Mens Arbo og Møller lager en numerisk liste over radesykens symptomer, er C. E. Mangor opptatt av å fremstille sykdommen i hele dens forløp:

[F]or dem, som ei ere Læger, kan man ei bedre gjøre Sygdommen kiendelig, end ved at beskrive dens heele Gang fra dens første Begyndelse til Enden, og jeg vil tillige, for Tydeligheds skyld deele Sygens Gang i fire Hovedforandringer eller Tiidsrum, efter de fire Forskielligheder, som findes i dens Tilstand.³⁰⁹

Her er det altså opplysningsgenren som styrer fremgangsmåten. Fordi leserne ikke er leger, må den gjøres "kiendelig", og den beste måte å gjøre det på er å beskrive sykdommen i sin helhet, som en slags *historia*, eller en fullstendig beskrivelse. Mangor deler radesyken inn i fire stadier. Det første stadium er "en forkølelse, foreenet med den i Legemet værende Skarphed". Pasientene klager over hodepine, tunghet i lemmene og ulyst til å arbeide. De får også stive ledd, og smerter som forflytter seg rundt i kroppen som er verst om natten. Etter noen dager eller som oftest uker tilkommer hevelse og tilstopping av nesen. Også utvendig blir den rød og tykk. Andre blir hese eller stakkåndede. Drøvelen blir slapp og lang. I den andre "Hovedforandring" tiltar smerten, mattheten og stakkåndetheten. Menstruasjonen ("maanedstiden") blir borte hos kvinner (enten ved langsam avtagelse eller hastig uteblivelse). Før sykdommen bryter frem i det tredje stadium, "kan man ei kalde Sygen andet end Skørbug". Sykdommens tredje hovedforandring, eller "dens tredie Grad", er når den viser seg utvendig på kroppen, nemlig utslettene og sårene. Noen får "tørre Ringorme":³¹⁰ dette er tørre sår, dekket med "flos" eller "fnog", som brer seg over hele legemet og ofte blir grått eller hvitaktig. Trekkes skorpen av, er huden under rødaktig og fuktig. Andre får et "fugtigt Fnæt",³¹¹ eller blemmer, som raskt fylles med materie, først på hender og føtter, siden over hele kroppen. Andre igjen får ertestore knuter under huden, som først forekommer i ansiktet, siden på resten av kroppen. Først er de frittliggende fra underlaget, siden hefter de seg fast. Ofte dannes det sprekker i huden mellom dem, som utsondrer et blodaktig vann. Dernest tilkommer følelsesløse flekker ("pletter") på legemet. De er av farge oftest røde, ofte hvitaktige, av og til brune, men meget sjelden grønne. Samtidig blir stemmen hes, ånden

³⁰⁹ Mangor, *Underretning om Radesygens Kiendetegn, Aarsager og Helbredelse*, s. 8.

³¹⁰ Om ringorme står det i Mangors *Land-apothek*: Noen er milde, kommer av smitte, og går som oftest bort av seg selv. Andre er mer ondartede, og har som oftest sin grunn i "Blodets Beskaffenhed" (galleaktig, venerisk eller skjørbutisk); de er store, utbredt, meget røde, klør sterkt, og sprer seg utover kroppen og til andre som er i berøring med dem. Se Mangor og Tode, *C.E. Mangors Land-Apothek*, s. 470-1.

³¹¹ I Mangors *Land-apothek* står det under oppslagsordet *Fnæt, Skab, Udslæt*: det er av to slags: det tørre og det fuktige. Det tørre har små blemmer med kun litt materie. Det fuktige har store blemmer, som inneholder hvit væske. Fnæt og skabb brukes ofte om hverandre, men må de skilles er skabb det tørre, fnæt det fuktige. Som oftest kommer det av smitte, men av og til kommer det av en skarphet i blodet. *Ibid.*, s. 291-2.

stinkende og man finner mørkerøde flekker og hvite og gulaktige sår i ganen, som i løpet av kort tid kan angripe ganebeina og nesen. Åndenøden tiltar. Men det viktigste av alt, er de "tilfælde" som har gitt sykdommen sitt navn, nemlig "de fæle Saar". De starter enten ved knutene, som blir betent, ved flekkene, som åpner seg eller ved de store fnatteblemmene, som revner. De kan også komme av utvendige årsaker som støt, frost, eller rosen. "[D]e have ingen eensdannet Skikkelse hos alle, eller paa heele Legemet, men har forskjellige Figurer." Av farge er de fleste blekrøde, mens noen er mørkebrune. De er ujevne med en hard rødblå rand, og utsondrer en "skarp vandagtig vædske", som ofte er rødaktig, og som etter hvert er stinkende som "svedige ildstinkende Fødder". (Mangor s. 18). Skorpen er som oftest sort-brun på de sår som kommer av knutene og flekkene, hvitaktig hos de som kommer av ringormer og fnatt, resten er rødaktig. Mange går med disse sårene i fire til seks år, og så lenge sårene gir fra seg en rikelig materie, føler de seg oftest ganske bra. Hos mange kan imidlertid skarpheten i blodet være så stor, eller fattigdom med tilhørende dårlig føde, levemåte og sårstell så utbredt, at sårene "ei kan udtømme al Skarpheden af Legemet, eller holde Blodet rent", og da griper sårene videre om seg og blir dypere. Hastigheten på denne sårutviklingen, hevder Mangor, er så rask at det har gitt sykdommen navn av "Aat". (Mangor s. 19). Sårene finnes vanligvis mest på ben, armer og ansikt, hos kvinner også på brystene. Av og til forekommer de også på rygg og lår, og i nese, munn og hals. Leilighetsvis angriper de nesen, så nesen "gaaer bort". I likhet med Arbo hevder Mangor at sårene meget sjelden finnes "omkring paa Hemmeligheden".

I den fjerde Hovedforandring blir huden under øynene tykk og hard, med læraktig konsistens. Sårene blir verre, blør mye, og av og til kan man se "stykker Kiød" som faller ut av sårbunnen. De syke blir ofte grådige og hissige, de sover tungt, blir tørste og får feber. Noen får sorte tenner, tannkjøttet kan bli ømt og oppløses, de får stinkende ånde, stinkende svette og spytt, slik at de fyller hele huset de oppholder seg i med en nesten "utaalelig Stank". I blant tilkommer håravfall, av og til kan også hele ledd falle av. Til slutt i sykdommen forderves innvollene (han sier karakteristisk nok ikke noe om hvilke), og sykdommen avsluttes ofte med mye smerte: "de fleeste piines jammerlig i deres sidste Tiider", som han anslår til omtrent et år.

Apoteker Johan Carl Mülertz deler på sin side kjennetegnene inn i henhold til hvilken type radesyke de "tilfaller". Mens Mangor hadde et ideelt utviklingsskjema, opererer Mülertz overhodet ikke med noen temporal utvikling. For Mülertz er det sårene som er det viktigste. Sårene kan oppstå nesten overalt på kroppen, bortsett fra over og under fotbladet. Han begynner, slik det var vanlig i de klassiske tekster, med hodet, og tar deretter for seg resten av

kroppen. I pannen får noen et brunaktig, skorpete, væskende utslett. I øyekanten kan noen få et hudløst sviende utslett. Hos andre angripes nesen, av og til med hevelse og rødme utenpå, av og til også med sår og hevelse på innsiden. Et ”skarpt Vand” renner da ut av nesen, og forårsaker tilstoppelse av nesen ved at den hovner opp. Bare sjelden ser man en innfallen nese, og når dette forekommer er det på grunn av overilet bruk av kvikksølv. Mange får sår og ”huller” i halsen, på drøvelen, mandlene, tungen og i ganen. På leppene får andre et litt opphøyet, ”pudret” hvitt sår, som er vanskelig å behandle. Noen får store ”flydende” sår på armer, skuldre, ben, lår, bryst og i siden, andre får et skorpete eller væskende ”skab”.³¹² Bare svært sjelden har de syke sår på ”de hemmelige Steder”. Av og til kan man se ”beenhævelser (Tophi)”, og side- og brystbena har han sett ”bøje sig”. Noen har verk og smerter i kroppen. Som Møller og Mangor legger han vekt på at de radesyke kan sove og spise og skjøtte sitt arbeide, slik at sykdommen sent erkjennes. Sykdommen opptrer hos begge kjønn, men er vanligst hos kvinner. Dette er radesykens felles kjennetegn. Mülertz angir imidlertid også flere kjennetegn som tilhører de forskjellige typer radesyke, de såkalte ”særkiendetegn”, og som omhandles under disse. I den *sure* radesyke ser pasientene ”mørke og suurladne ud” – ”de bære Ædikebryggerie i deres Legemer”. De er også frygtsomme og bedrøvede. Sårene er i denne tilstanden mange, og de avgir en tynn, mørkerød eller sortblå væske fra seg. Her finnes også mange ertestore, mørkeblå knuter. Siden syre tykner fete substanser, er disse pasientene også stive i leddene. Pasientene er ”suurseende, suurøiede, suurbenede [...] [J]a, maaskee man kunde kalde dem suurbugede i Stedet for Skjorbugede, da skiør paa gammel Norsk bemærker suur”. (Mülertz s. 9). De særlige kjennetegn på den *salte* radesyke, eller den som kalles saltflod, er tunghet i lemmene, stivhet i senene, saltsmak i munnen og en hudløshet som kommer og forsvinner igjen. De har gråblå sår, særlig på bena, med knoppede forhøyninger, som gir en gulgrønn og vannaktig materie fra seg. I den *alkalinske* radesyke slår sykdommen fortere ut enn på de andre, sårene er av og til så store at de kan oppta et helt lem, og de er røde, med vannaktige væsker. Hals og gane angripes iblant, drøvelen spises opp, nesen blir rød og forstoppet. I denne formen for radesyke er det stort sett den øvre delen av legemet som er angrepet, og den kalles mange steder rosen eller sterk forkjølelse, sier han. Den *harske* skiller seg fra de foregående. Her er sårene mørke og ”sortebrune”. I pannen, nesen og i ansiktet finnes det utslett av samme farge, av og til slår det også ut på resten av kroppen, og

³¹² I *Ordbog for det Danske Sprog* står det følgende under ordet ”skab”: ”fællesbetegnelse for (udslæt ved) en række hudsygdomme hos (hus)dyr ell. (nu sj.; jf. Fnat) hos mennesker, fremkaldt af snyltende mider (skabmider); fnat; ogs. om (udslæt ved) andre lignende hudsygdomme hos dyr ell. (foræld.) mennesker (fx. (bibl.) om udslæt ved spedalskhed).” På 1700-tallet var betegnelsen skabb ikke knyttet til den sykdommen vi i dag betegner som skabb, men betegnet snarere et symptom, et generelt hudutslett. Jfr. oppslaget fra Mangors *Land-apothek* i forrige note.

blir etter hvert da til blemmer, så store som knappenålshoder, hvitaktige med en liten fordypning i midten, som etter en dag er blitt mørkebrune eller sortebrune. Den harske radesyken kan kjennes ved tre forhold: ved blemmene, ved at sykdommen slår ut i pannen og ved at pasientene ikke tåler fet mat ("et ufeilbart Mærke paa denne Art" (Mülertz s. 14)). Noen får også et vått, andre et tørt skabb, som klør voldsomt. Denne art radesyke har gitt sykdommen navn av spedalskhet, og den er da også vanskelig å helbrede. (Mülertz s. 17). Den *tørre* radesyke (Mülertz s. 26) rammer mer de formuende enn de fattige, og skiller seg således fra de andre. Den fører sjelden til sår, og "kaster sin skarphed paa Benene". Ben kan bøyes, ledd for ledd kan falle av på hender og føtter. Den har, hevder Mülertz, likhet med tørr verk og gikt, men er ingen av delene, da den er uten feber og hete, og sjelden finner sted i "kjøttfulle" deler. Noen får kontrakturer. Den er ulegelig, og "avgiver ynkverdige krøplinger".

Mülertz utlegning av "tilfældene" skiller seg betydelig fra de andre. Møller skiller også mellom forskjellige typer av radesyke i henhold til kjemiske kriterier (sur, harsk, salt) men for ham får det ingen konsekvens for beskrivelsen av "tilfældene". Inndelingen er med fordi den har betydning for terapivalg. Hos Mülertz, derimot, beskrives "tilfældene" analogt med sykdommens beskaffenhet: slik blodet er surt, blir også "tilfældene" sure (f.eks. suurmaget), og når blodet er salt, blir "tilfældene" salte (salt smak i munnen osv.), den tørre radesyke er uten de væskende sår, den harske kan ikke tåle fet mat. Når det gjelder hvilken status han tilkjennevir selve sykdommen radesyke, så er det uklart. Etter å ha referert forskjellige forfatteres uttalelser om scabies venerea, saltflod, ringorm og spedalskhet, slår han fast at: "alle disse tilhøbe er Radesyge, der viser sig under forskjellig Skikkelse, ligesom den selv er forskjellig" (Mülertz s. 30). Det er mye som tyder på at hans beskrivelse av radesyken mer er å ligne med en tilstandsbeskrivelse enn med noe annet.

Hendrik Deegen innleder sin beskrivelse av sykdommens ytringer med å si at det riktignok er sjeldent med "de såkalte Criteria primitiva eller de første Kiendetegn" på venerisk smitte. Disse første kjennetegn består i at "Giften" virker lokalt på "de til Forplantelsen henhørende Deelee af Legemet."³¹³ Men derimot karakteriseres denne "Sygdoms Natur" desto

³¹³ Ifølge Mangors *Land-apothek* var venerisk sykdom definert slik: "Sygdommen kjendes bedst af Saar paa Hemmeligheden, der give lidet Materie, ere hvidagtige, kløe meget og tage til; Kjertelknuder i Lyskerne, langvarige onde Saar paa Legemet, som dog ikke efterlade Ar. Langvarig Halssyge med hvide haardnakkede Saar paa Mandlerne og derefter i Ganen; næsebylder, som stinke; bolne [betente] Finner paa mange Steder af Legemet, især paa Panden, hvor de faae Roer [skorper], men bolne [blir betent] ofte under Roen; meget smærte hist og der i Benene i Legemet, som altid er værst om Natten." Jfr. Mangor og Tode, *C.E. Mangors Land-Apothek*, s. 321-2. Det *Kgl Sundhedscollegium* skriver i kansellipromosjon av 24. jan. 1807 om den veneriske sykdoms kjennetegn: "Kjendemærker paa den veneriske Sygdom til Advarsel og Underretning for Almuen. De Tegn, hvoraf man skal kjende at man er angreben af den veneriske Sygdom, ere følgende trende Tilfælde: 1) Naar der, efter foregaaende Anledning, flyder en sey, sliimagtig Materie og Vædske ud af Vandrøret og tillige fornemmes Smerte og Skjæren i Røret ved Vandladningen. 2) Naar man bemærker Saar, større eller mindre,

tydeligere av "Criteria Secundaria", eller de "paafølgende Kiendetegn", når sykdommen begynner å "yttre sine virkninger" i halsen, nesen og de øvrige deler av legemet. Av alle de pasienter han har sett er det bare en som har hatt ondartet "Dripper (Gonorhea virulenta)". Derimot har mange hatt "Chankers og andre ædende Saar paa og omkring deres Hemmeligheder, [...], samt titt og ofte veneriske Vorter paa Skillerummene imellom Hemmeligheden og Endetarmen, og Blegner paa Endetarmen selv." "Veneriske Testikler og Lyskebuboner [lymfekjertelsvulst i lysken]" finnes av og til, mens han aldri har sett *phimose* eller *paraphimose* [problemer med trang forhud]. I likhet med Mangor, som han skiller seg fra på de fleste andre måter (tekstens lengde, teoretisk grunnlag, retorikk) anlegger Deegen et utviklingsskjema primært for å lette lesningen.

I det første stadium sniker giften seg "hemmelig" rundt i legemet. De syke har venstresidig hodepine,³¹⁴ nattlige leddsmarter,³¹⁵ oftalmi (øyesmerter) i venstre øye, "en slags krybende Følelse i Ansigtet, som for det meeste ikkun fornemmes over Næsen og i Panden, ret ligesom om Myrer skulde krybe derover (sensus fornicatorius nasi ac frontis)."³¹⁶ Ofte vil det også forekomme utslett på pannen og på "næselippen", som ligner et "venerisk" utslett. Hevelse og lett betennelse i svelget er vanlig, likeså neseblødning.³¹⁷ Hos mange tilkommer det også ringormartet utslett (Efflonsceatia [sic!] impetiginosa) på armer, bein og bryst. Kvinner kan på denne tid få en "skarp" hvit utflod. Som Mangor understreker han at ikke alle fenomenene trenger å være tilstede samtidig: "Af disse anførte Kiendetegn kunne i dette Stadio af Sygdommen snart mange paa engang og snart atter igien ikkun faa af gangen være tilstede" (Deegen s. 13). Dette stadiet kan ha varierende lengde, et halvt eller helt år, noen ganger enda lenger.

Stadium to har tilstedeværelsen av alle de nevnte "tilfældene", men i sterkere grad. Det forekommer store ringormer med tykke, mørke kanter. Derneft opptre et herpeginøst utslett

enten paa Hovedet af Vandrøret eller paa Forhuden. 3) Naar der indfinder sig ømme Knuder enten i den ene Lyske eller i dem begge. Enten alle anførte Tilfælde ere tilstede, eller ikkun eet af dem bemærkes, saa er det ligefuldt Tegn paa, at man er angrebet af Sygdommen, hvilket er saa meget desviisere, naar man, ikke længe efter Tilfældene bemærkes, har havt legemlig Omgang med et Fruentimmer."

³¹⁴ Mülertz er også opptatt av at symptomene hovedsakelig finnes på venstre side.

³¹⁵ Nattlige leddsmarter var etablert som et symptom på venerisk sykdom helt fra 1500-tallet. Se f.eks.

Arrizabalaga, Henderson og French, *The Great Pox: the French Disease in Renaissance Europe*; Stein, *Die Behandlung der Franzosenkrankheit in der frühen Neuzeit am Beispiel Augsburgs*.

³¹⁶ Dette symptomet definerer Robert Willan noe senere som en egen underart av slekten "prurigo", og kaller det *prurigo formicans*. Det er en "obstinate and troublesome disease [...] Patients have sometimes a sensation as if small insects were creeping on the skin, sometimes as if stung all over by ants [...] sometimes as if hot needles were piercing the skin in different places [...] This species of prurigo is very generally the effect of some constitutional disease." Jfr. Robert Willan, *Description and Treatment of Cutaneous Diseases* (London: J.J. Johnson, 1798). Holst nevner også denne krypene følelsen i sin oppramsing av sykdommens "tilfælder".

³¹⁷ Deegen har her en note hvor han presiserer at han kaller den "inficerte" allerede syk, skjønt sykdommen enda "ikke ytrer sin Nærvarelse saa tydelig at den just kunde falde enhver i Øynene." Jfr. Deegen, *Noget om Radesygen*, s. 12.

(efflorescentia herpeginosa) i ansiktet, men særlig i pannen, som etter hvert blir til små sår, som gradvis flyter sammen og blir til større, dypere og ”om sig ædende Saar” med bløte, røde kanter (ulcera phagadenia). De angriper også munnhulen og halsen. Ganen, drøvelen og mandlene kan bli ”ganske fortærede”. I ganen angripes raskt de små ben, mens de store også kan bli utsatt for ”Beenæderen”. Det tilkommer også store urene sår, hvis egentlige ”Kiendemærke, hvorved de skille sig fra andre kakochymiske Saar” er at de har bløte mørkerøde rander som ikke er takkede, men jevne. I bunnen er de overtrukket med en hvitgul slimhinne. Strøs bunnen med kvikksølvpulver om kvelden, er det rent og slimhinnen nesten borte dersom det dreier seg om venerisk sykdom, hvis det derimot er en skjørbutisk sykdom forblir hinnen, og er mørkere og tykkere, mens såret er mer urent og stinkende enn før. Denne sykdommens sår kan også utsondre stor stank, sier Deegen, men bare hvis de forsømmes. Dette skyldes at de skarpe væsker flyter mot såret hvor de blir stående og råtne. Hvis den syke kommer i salivasjonskur (behandling med kvikksølv), forsvinner stanken. Sår på og omkring de ytre kjønnsorganer, veneriske vorter, kondylomer på endetarmen finnes ”meget hyppig hos begge Kiøn.” (Deegen s. 17). I dette stadium får de syke også en naturlig spyttflod.

I stadium tre er utseendet blekt og magert, og de syke har små blåaktige poser under øynene. Også her kan symptomene være svært forskjellige, men det nye i dette stadium er at ”giften” angriper knoklene. I nesen blir først de små, siden de store ben kariøse og ”fortæret”, noe som ender med at nesen faller inn. På ganen går de små ben stykkevis bort. På pannen og andre steder fremkommer ”slemme kariøse Saar”. Noen får også benhevelser og andre får ”posebylder (tumores cysticos)”. Noen ganger får de syke også skader på innvollene. Dermed kan også andre sykdommer oppstå, som ”alle have deres første Grund i Radesygens lumske Gift”. De fleste har dårlig ånde, og til sist blir den syke ”en ynkværdig Gienstand baade for sig selv og andre.” I avsnittet om behandling presenterer Deegen nok et tegn. Det at pasientene blir bedre av kvikksølv, er for ham et av de ”tydeligste Kiendetegn” som ikke levner den minste tvil om ”Sygdommens sande Art og Natur”. Han understreker at inndelingen av sykdommen i stadier er tilfeldig, at ”tilfældene” ikke må opptre i den rekkefølge for å være radesyke.

Frederik Holst følger innledningsvis Mangors avhandling, fordi: ”dette [å beskrive symptomene] gjorde han så klart og tydelig at den som måtte lese avhandlingen, selv om han verken er lege eller har sett sykdommen selv, ikke kan unngå å legge sykdommens sanne form i sinnet og kjenne den igjen i en som er syk” (Holst s. 38). Han gjengir da også i store trekk Mangors beskrivelse av radesyken, med en innledende fase med slapphet og utmattelse og endret ansiktsfarge, over til en alvorligere fase der det tilkommer utslett (tørre,

herpesaktige og våte, skabbete utslett, samt flekker av forskjellig farge) og knuter. Når sårene så utvikles, har de harde, tykkhudete, hovne og ujevne kanter, og utsondrer en rødlig og besk væske, ”stinkende som fotsvette” (Holst 2005 s. 34, denne beskrivelsen har han fra Mangor). Sykdommen, sier Holst, er fullt utviklet når den angriper selve skjelettet. Kjøttfulle biter kan løsne fra sårbunnen (Holst 2005 s. 35), og nesen faller sammen og stemmen blir nasal og hes. Håravfall forekommer også. (Holst 2005 s. 40).

Så langt er hans beskrivelse helt tradisjonell, og helt på linje med Mangors. Imidlertid er dette bare i begynnelsen. Hans videre fremgangsmåte er, som vi så i nosologikapitlet, å isolere et karakteristisk sett med kjennetegn, som unikt kjennetegner sykdommen. Han ender derfor sin relativt omfattende symptombeskrivelse med å konkludere at ”sykdommens særlige kjennetegn, når den har utviklet seg litt og ikke er komplisert med skjørbuk, er skjell, som selve knutene og de fremkalte utslett viser en tilbøyelighet til”.³¹⁸ Poenget er ikke at skjellene er de eneste kjennetegn på sykdommen, men ”deres regelmessige dannelse og bemerkelsesverdige tykkelse & størrelse atskiller sykdommen særlig tydelig fra lignende slekter” (Holst s. 38).

3.2. Den medisinske semiotikk som grunnlag for medisinsk praksis.

Så langt fenomenene som beskrives. Men hvilken semantisk betydning tilkjennes de? Hvilke semiotiske redskaper står til rådighet for radesykeforfatterne når de skriver dette? Og ikke minst: hvilken evne til å tolke tegn er det de forventer hos sin fremtidige leser? Jeg skal komme nærmere inn på dette etter hvert, men innledningsvis behøves et lite omriss av den ramme disse redegjørelsene befinner seg innenfor, nemlig den medisinske semiotikken.

I *Klinikkens fødsel* hevder Michel Foucault at ”tilfældet” på 1700-tallet har en unikt privilegert posisjon – idet at det er formen sykdommen presenteres i. Fordi sykdommen – *qua* ontologisk størrelse som er ekstern i forhold til kroppen – per definisjon unndrar seg erkjennelse, er symptomet det nærmeste man kommer. ”The symptoms allow the invariable form of the disease – set back somewhat, visible and invisible – to show through.”³¹⁹ Ifølge Foucault var tegnet en helt annen størrelse. Det prognostiske tegn viste til det som ville skje i fremtiden (det hadde vært antikkens primære beskjeftigelse med tegnet), det anamnesticke

³¹⁸ Holst avviser her Gislesens forsøk på å utlede symptomene på spedalskhet eller radesyke. I Gislesens avhandling, *De elephantiasi Norvegica*, var det knutene i huden som var de viktigste symptomene. Knutene manifesterte seg først i føttene, armene og ansiktet. Ofte var dette ledsaget av en viss sløvhet, søvnighet og stivhet i leddene, i tillegg til en intens smerte i nesen og i bihulen, samt en heshet i stemmen. Se Gislesen, *De elephantiasi Norvegica: praeside Jo. Clemente Tode: pro gradu doctoris disputabit*.

³¹⁹ Foucault, *The Birth of the Clinic*, s. 90.

tegn viste til det som allerede hadde funnet sted, mens det diagnostiske tegn viste til det som fant sted nå. Det fortalte ingenting om sykdommen selv. Ifølge Foucault ga ikke tegnet, i motsetning til "tilfældet", tilgang til kunnskap om sykdommen: "It [tegnet] does not offer anything to knowledge, at most it provides a basis for recognition [...] Through the invisible, the sign indicates that which is further away, below, later".³²⁰ Tegnet tilfører ingen kunnskap, sier han, og det er riktig for så vidt som han mener den nosologiske kunnskapen. I medisins praksis, i den praktiske semiotikk, er ikke sykdommen som sådan interessant. Det er sykdomstilstanden, dens konkrete utslag i den enkelte kropp det gjelder å gjenkjenne dersom man skal behandle sykdommen, ikke dens vesen. Og siden tegnet viser til sykdomstilstanden blir tegnet også helt vesentlig i den medisinske semiotikken, ikke bare fordi det gir anledning til å si noe om fremtiden, men fordi det også gjør det mulig å avdekke den skjulte sykdomstilstanden i hvert enkelt individ. Foucault er ikke så opptatt av praksis i *Klinikkens fødsel*, og dette temaet forblir derfor forunderlig utematisert. Hans appellerende tredeling av sykdommens ulike rom innenfor klassifikasjonsmedisinen – det primære (sydomsklassifikasjonen), det sekundære (sykdommens nedslag i kroppen) og det tertiære (sykdom i politikken) gir anledning til drøftelser av henholdsvis den teoretiske medisinen, av hvordan sykdom og kropp forbindes, og av hvordan det politiske felt forholder seg til dette. Men semiotikkens sentrale plass i 1700-tallets praktiske medisin nevnes knapt, noe som er påfallende i et verk som gir endringene i forholdet mellom tegn og symptom en helt avgjørende plass i overgangen til det kliniske blikket. I omtalen av 1700-tallsmedisinen er det nosologien og den teoretiske sykdomsklassifikasjon som står i sentrum hos ham, mens medisins teoretisering rundt egen praksis ikke vies stor plass.

Foucault berører derfor ikke det faktum at den medisinske semiotikken var en av nøkkeldisiplinene på 1700-tallet. Dette blir blant annet tydelig hvis man tar en titt på 1700-tallets læreplaner, som var todelt i sin struktur: På den ene siden hadde man læren om den friske kroppen (fysiologi), og dens anvendelse (dietetikken). På den annen side læren om den syke kroppen (patologien), og læren om sykdommenes helbredelse (terapien). Midt i mellom stod semiotikken, som medierte mellom henholdsvis fysiologien og dietetikken og mellom patologien og terapien. Dette betød at semiotikken inntok en helt sentralt rolle i medisinsk praksis, et nøkkelement ikke bare i den medisinske pedagogikken, som læreplanene viser, men også i den medisinske selvforståelse som sådan.³²¹ Semiotikken medierte rett og slett

³²⁰ Ibid., s. 91.

³²¹ For bare å ta et numerisk eksempel på hvor viktig det er: Wolfgang Eich viser i sin bok om den medisinske semiotikken at det mellom 1550 og 1800 i det tyskspråklige område var mellom 70 og 80 forfattere som

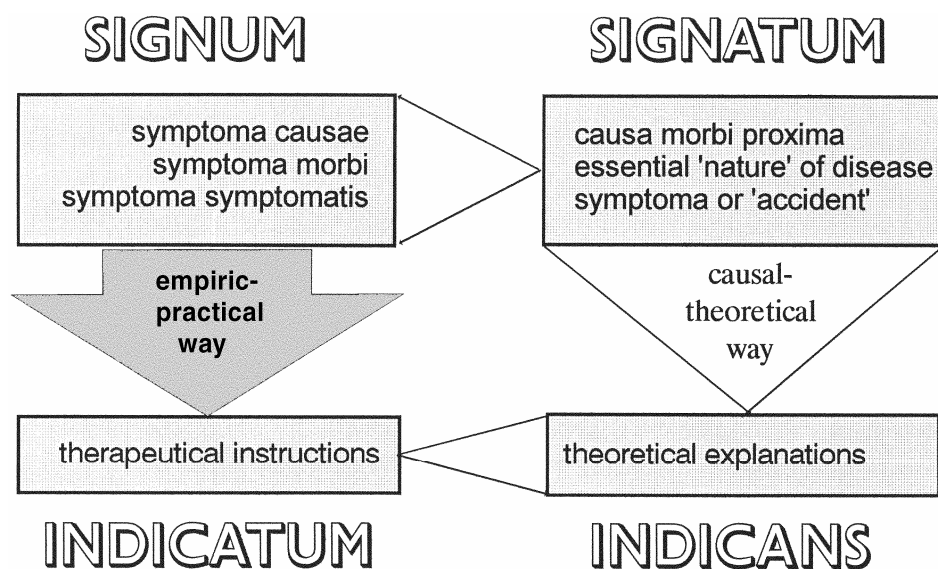
mellom teori og praksis, mellom patologiens teoretiske kunnskap og legeskunstens praktiske hjelpemidler, anordninger og forskrifter, og overtok på mange måter møtet med virkeligheten, med pasienten og pasientens lidelser.³²² Carl von Linné hevdet ved flere anledninger at semiotikk og *materia medica* var den praktiske medisins hovedoppgaver. De mer teoretiske fag, som fysiologi og etiologi, var for den praktisk virkende lege av mindre betydning: "Scientia medica duobus imprimis nititur fundamentis, Semiotica nimirum et Materia Medica. Desse äro de förnämste delar, förutom hwilka en Medicus ej eller får kallas Medicus; den öfrige kundskapen tiänar mäst til prydnad."³²³ Legen møter pasienten ved at han fornekter fenomener hos den syke og vet hvordan han skal fortolke disse som tegn. Tegnene peker på den ene side tilbake til sykdomstilstanden og viser til det betegnede: sykdomsnaturen eller den indre sykdomstilstand. Siden behandlingen siktet mot å gjenopprette den sunne tilstand i kroppen, gav dette samtidig anvisninger til legen om hvilke praktiske tiltak han skulle iverksette ovenfor den syke. Semiotikken gir altså de redskaper som skal hjelpe legen med å avdekke "das Dunkle in Krankheit",³²⁴ men den bidrar også og nettopp derfor med en handlingsveileder i klinisk praksis.

publiserte bøker om emnet. Wolfgang Eich, *Medizinische Semiotik (1750-1850). Ein Beitrag zur Geschichte des Zeichenbegriffs in der Medizin* (Freiburg: 1986).

³²² I den franske encyclopedien defineres *Semiotique* eller *semeiologie* på tilsvarende måte som tegnenes vitenskap; den danner sammen med fysiologi og patologi et treleddet grunnlag for medisinen. Semiotologiens gjenstand var altså en samling av de tegn som var karakteristiske for sykdom og sunnhet. Denis Diderot og Jean Le Rond d'Alembert, *Encyclopédie, ou dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers* (New York: Readex Microprint Corp., 1969 [1751-1776]), bd. XIV, 1765, s. 937 f.

³²³ Sitert fra Clemensson, "Semiotik und Krankheitsdiagnostik in den Vorlesungen Carl von Linnés über sein Systema Morborum," s. 258. Han siterer fra Linnés forelesninger i 1754, håndskrevet manuskript i universitetsbiblioteket i Uppsala Sign. D 212 h.

³²⁴ Gaub §16, 1791. s. 8-9, sitert fra Volker Hess, *Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin. Die Entstehung der klinischen Methode zwischen 1750 und 1850* (Husum: Matthiesen Verlag, 1993), s. 48.



Figur 1. Boerhaaves semiotiske struktur, kopiert fra Volker Hess.³²⁵

Hva var det semiotikkens tegn gjorde, hva var de henviste til? Tegnene var verktøy som skulle hjelpe legen til å bestemme hva han skulle gjøre, gitt at pasienten hadde denne sykdommen. Tegnene skulle altså ikke brukes for å finne frem til hvilken sykdom pasienten led av. Den tyske medisinhistorikeren Wolfgang Eich har pekt på hvordan tegnene i 1700-tallets medisinske semiotikk ikke ble knyttet til sykdomsbilder.³²⁶ Tegnene på 1700-tallet viste snarere til forstyrrelser i væskene, ikke mot en spesiell avgrenset sykdomsenhet. De pekte mot en sykdomstilstand, ikke mot en sykdom lokalisert i et vev i den enkelte kropp.³²⁷ Tegnene kunne si noe om hva slags *dyskrasi* (ubalanse i væskene) dette partikulære sykdoms"tilfældet" innebar, hva slags årsak som hadde frembrakt det, og dermed også hvor terapien skulle rette seg (årelating, spytt drivende eller svettefremmende midler eller avføringsmidler etc). Den pretenderte imidlertid ikke å si noe om selve sykdommen – som tegn gjør i den moderne legevitenskapen. Tegnene gav handlingsanvisninger til legen og var ikke avgjørende i frembringelsen av selve diagnosen. Går vi tilbake til den franske encyklopedien vil man finne støtte for Eichs poeng i artikkelen om diagnose, som er skrevet

³²⁵ Kopiert fra Hess, "Medical Semiotics in the 18th Century: A Theory of Practice? ."

³²⁶ Eich, *Medizinische Semiotik*.

³²⁷ Se også Karin Johannisson, *Tecknen: läkaren och konsten att läsa kroppar* (Stockholm: Norstedt, 2004), kap. 1. Hun er imidlertid mer interessert i tegnet som del av den kliniske undersøkelse, mens den kliniske undersøkelse ikke er noe vesentlig element i disse arbeidene.

av d'Aumont: "Diagnose er i medisinen kunnskap som grunner seg på tegn, som viser til den nåværende tilstanden til et sunt eller sykt menneske." Det presiseres at diagnosen er en del av semiologien eller semiotikken, som handler om de forskjellige tegn som ut fra de virkninger som kan observeres, kan sette legen i stand til å slutte til de skjulte virkninger nede i kroppens dyp.³²⁸ Diagnosen retter seg altså mot "skjulte virkninger" i legemet, ikke mot noen klart definert sykdomsenhet.³²⁹ Disse skjulte virkninger av sykdom, enten det er endringer i kroppsvæsken eller i de faste delene, er det diagnosen retter seg mot. Det er altså ikke et sett tegn som, gruppert sammen, utgjør en sykdom, men snarere tegn i deres betydende funksjon, at de henviser til noe skjult. Det var først godt utpå 1800-tallet, sier Eich, at sykdom ble til sykdomsbilde,³³⁰ det vil si en enhet hvis selvstendige tegn det gjaldt å lese som sådan. Først rundt 1850 var sykdomsbildet blitt en diagnostisk enhet, noe som gjorde det relevant å knytte sykdomsnavnet til et sykdomsbilde – nemlig diagnosen. Dermed erstattet sykdomsbildet eller den nosologiske enhet tegnet, og den semiotiske medisin ble erstattet av den diagnostiske medisin, hevder Eich.

1700-tallets tegn var rettet mot hovedsakelig to typer forhold: For det første sykdomstilstanden hos en pasient, altså hvor syk vedkommende var, for det andre sykdommens videre forløp. Som Volker Hess sier det: god – bedre – farlig – dårlig – verre – verst og aller verst var kriteriene for den semiotiske bedømmelse.³³¹ Sykdomstilstanden i den enkelte kropp var i prinsippet alltid individualisert, og dette gjorde at den abstrakte sykdomsenheten som nosologien tilbød ikke kunne få betydning for den praktiske medisin. Et eksempel: for de fleste radesykeforfatterne var denne sykdomstilstanden ved radesyke

³²⁸ Diderot og d'Alembert, *Encyclopédie, ou dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*, bd. IV, s. 932. Min oversettelse, den franske originalen lyder: "DIAGNOSE, s. f. se dit en *Medecine*, de la connoissance que l'on peut avoir par des signes de l'état présent d'un homme en santé ou malade. [...] Cette science *diagnostique* fait partie de la *Séméiologie* ou *Séméiotique*, une des branches de la *Medecine* en général, qui traite de tous les différens signes, par lesquels on parvient à connoître par un effet qui se montre, un autre effet caché, soit pour le présent, soit pour l'avenir. Voyez *Signe*, *Séméiologie*, (d)". Encyclopedien er lag t ut på internett, oppslagsordet diagnose kan leses her: http://portail.atilf.fr/cgi-bin/getobject_?a.30:306./var/artfla/encyclopedie/textdata/IMAGE/. (Oppsøkt 16.05.07)

³²⁹ Se for eksempel Mangors *Land-apothek*, i omtalen av de spørsmål en lege bør stille pasientene: Det viktigste for den som skal helbrede den syke var å kjenne sykdommen. Når man visste dette, og sykdommen var helbredelig, var det øvrige lett, da måtte man finne de mest passende legemidler. De fleste som ikke var leger, "spørge almindelig den Syge, hva Sygdom han har, og naar denne da nævner et Navn, antage det strax for rigtigt, og tilraade da de Midler som de have hørt, at passe sig i dette Tilfælde. Disse kunne og virkelig ofte være ret passende, naar det virkelig var den Sygdom, og de gaves i den rette Orden; men da det undertiden ikke er den opgivne Sygdom, efterdi adskillige Sygdomme tildeels ligne hinanden udvortes, og derfor af Ukyndige blandes under eet Navn; eller to og ofte flere Sygdomme kunne være forenede, og eet og samme Lægemiddel ikke passer sig under alle Omstændigheder i een og samme Sygdom, ikke heller til alle Tider i een Sygdom; saa see enhver, hvor nødvendig det er for den, der skal helbrede den Syge, at faae al muelig Underretning om den Syges sande Tilstand."

³³⁰ Jfr. også Antoinette Stettler, "Zeichen lesen und Zeichen deuten. Zur Geschichte der Medizin," *Gesnerus* 44, no. 1-2 (1987): 33-54.

³³¹ Hess, *Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin*, s. 51.

karakterisert av en eller annen form for *dyskrasi* i væskene. Men denne dyskrasien kunne oppstå på en rekke måter, ut fra individuelle forutsetninger både i og utenfor legemet. Derfor ble væskebalansen særegen for hvert enkelt individ, og en ubalanse i væskene var følgelig en særskilt hendelse i den enkelte kropp. Skillet mellom sykt og friskt ble følgelig et spørsmål om grader – ikke om distinktivt forskjellige tilstander. Hvorvidt en gitt væskeblanding var sunn eller patologisk var avhengig av en rekke individuelle forhold og kunne også få forskjellig utslag avhengig av en rekke andre betingelser. Slik var dette et skille som foregikk i et kontinuum mellom det syke og det sunne.

I en medisinsk praksis som 1700-tallets, hvor sykdomstilstanden var så individualisert, spilte tegnene en viktig rolle, idet bare de kunne formidle den forstyrrelse, den individuelle væskeblanding, som lå skjult i den enkelte kropp. Det var altså tegnene som satte legen i stand til å skille sunt fra sykt – og som følgelig utgjorde kjernen i legens omgang med den syke. Legen brukte tegnene til å bestemme hvorvidt et menneske var sykt, og om så, hvor sykt det var. For å bringe et kroppslig tegn ”i tale” måtte man imidlertid alltid trekke inn den individuelle livsverden. Erkjennelsen ved sykesengen var en høyst komplisert fortolkningsprosess sammensatt av partikulære sanseinntrykk og naturfilosofiske resonnementer. Mellom beskrivelsen av sykdommen, dens ytre tegn og de skjulte årsakene i kroppens ukjente indre rom måtte det erklæres en sammenheng, der den sykes individuelle livsbetingelser, hans vaner og særegenheter spilte en vesentlig rolle.

Dette får også konsekvenser for disse verkene: Siden radesykeforfatterne naturlig nok ikke kjenner sine fremtidige lesere, må de lage en ”tykk” beskrivelse der alle mulige tegn, årsaker, forløp og terapi kan innskriveres. Slik kunne man dekke de ulike fremtoningene sykdommen kunne få i dens uendelige antall fremtidige manifestasjoner. Kun en slik fremgangsmåte kunne maksimere muligheten for at leseren ville være i stand til å gjenkjenne bestemte fenomener i sin egen kropp og sette dem i forbindelse med sin egen livsverden.

C. E.. Mangor illustrerer dette poenget godt i sin oppsummering av radesykens ”tilfælde”:

[I]ngen tænke, at den altid og hos alle seer fuldkommen saaledes ud, og har alle de opregnede Tilfælde samlede. Det er saaledes, som jeg alt har anmerket, at Sygens Langvarighed eller Hæftighed og Tilfældenes Mængde beroer paa adskillige Omstændigheder, som: om den Syge er et Barn, eller endnu i Vext, eller fuldvoxen, eller gammel; om det er en fattig, som maae lide Mangel paa Klæder, Seng, Mad og Drikke, eller en riig, som har god Pleye og ei trænger; om det er en Fisker, eller en, som har Landbrug eller Skovshugst, eller alle Næringsveie tillige; om den syge maa meget være paa Reiser, eller kan stedse være hjemme ved sit huus; om det er en Pige, eller en som laver til Barsel, eller giver Patte; om hun har sin Maanedstiid eller har mistet den af Sygdom eller Alder, eller ei faaet den endnu; om Sygen er kommet af Levemaaden eller Smitte; om de syge holde god Leveorden under Sygdommen eller ei; om de søge Raad for den i Tiide eller ei; om de søgte Raad ere rigtige eller stridige. Alt dette maa nøie tages i Betragtning, og da vil det ikke falde forunderlig, at i nogle Egne, eller hos nogle Syge tager Sygdommen saa hastig Overhaand, at fra den først merkes, til den dræber, eller i det

ringeste er ulægelig, er neppe et par Aar; i andre Egne derimod eller hos nogle syge kan den vare sex, otte, ja tolv Aar, inden den foraarsager Døden, ligesom og at hos nogle følge alle Tilfældene paa hinanden, andre døde forinden Sygen naaer det sidste Tidsrum.³³²

Mangor har altså presentert et totalt sett av sykdommens tenkelige ”tilfælder”, men hvorvidt de vil komme til uttrykk i det hele tatt er avhengig av en rekke fenomener, som alder, sosioøkonomiske forhold, yrke, sykdomsårsak (smitte eller levemåte), tidligere valgt behandling, og, for kvinnene, menstruasjonsstatus. Alt dette vil gjøre at sykdommen vil fremtre dramatisk forskjellig hos forskjellige personer. Det dreier seg altså ikke om et sett av klart definerte tegn som er identisk i alle individuelle instanser. Samtidig er disse ”tilfældene” det eneste vi har å hjelpe oss med dersom vi skal oppnå kunnskap om sykdommen. Flekkene, knutene og ringormene er derfor viktige tegn: for ved hjelp av dem, kan de som ikke vet noe om dette, ha ”det bedste Kiendetegn” på hvilken sykdom dette er, slik at ”naar de see dem, kan de vide, det er Radesyge”. Men dette gjelder altså primært de som ”ingen videre Begreb kan gjøre sig herom”. For de lærde gjelder det å tolke fremtoningene og forsøke å dedusere seg frem til den skjulte sykdomsnaturen. Denne evnen til å tolke tegnet er det som i all hovedsak skiller legen fra legmannen og doktoren fra kvakksalveren.

Det eksisterer imidlertid to unntak fra dette generelle inntrykket: Deegen og Holst. Hos Deegen ser vi ikke en slik tykk beskrivelse. Som tidligere nevnt, er hans bok på knappe 31 sider, i et lite format. Deegen presenterer ett og bare ett mulig utkomme av radesyken, som han har definert som venerisk sykdom. Han benekter ikke en individuell variasjon, tvert imot fremhever han at det vil forekomme, men siden ”besmittelsen” for ham er det sentrale og likt hos alle, så beskrives også det videre forløpet som i grunnleggende forstand identisk. Det Deegen gjør er å beskrive en universell sykdomstilstand, mens Mangor beskriver alle de mulige fremtoninger sykdommen kan få i den konkrete kroppen. Jeg skal komme nærmere tilbake til årsakene til denne forskjellen. Hos Holst, som primært er opptatt av å plassere radesyken som nosologisk størrelse, som en sykdomsenhet, er den individuelle variasjon, selv om han ikke benekter den, relativt uvesentlig for beskrivelsen. For ham var det, som vi så, mest maktpåliggende å komme frem til de to vesentligste ”tilfældene”.

For å komme litt nærmere en forståelse av hvilken karakter disse beskrivelsene har kan det være nyttig å se på hvordan de anvender begrepene ”tilfælde” og kjennetegn. I hvilken forstand brukes de? Og etableres det noe konstitutivt skille mellom dem? Ingen av radesykeforfatterne – bortsett igjen fra Frederik Holst – drøfter naturlig nok verken kjennetegnets eller ”tilfældets” status, det må vi tolke oss til gjennom små passasjer som den

³³² Mangor, *Underretning om Radesygens Kiendetegn, Aarsager og Helbredelse*, s. 22-3.

vi så Mangor hadde ovenfor. Først av alt: er det et tydelig skille å spore mellom ”tilfælde” og kjennetegn her? Selve kapittelstrukturen gir ikke noe grunnlag for å etablere et slikt skille: Radesykens ”tilfælde” og ”kiendetegn” behandles, som vi så, i samme kapittel. Johannes Møller, legen ved radesykehuset i Bratsberg, beskriver et totalt sett av radesykens mulige fremtoninger i sitt første kapittel, som heter ”Om Sygdommens Beskrivelse og Kiendetegn”. Imidlertid er det bare ordet ”tilfælde” som går igjen i teksten: Han beskriver 14 ”tilfælder” som ledsager radesyken, eller det han kaller *den norske Skjørbug*, og gjør det klart allerede i utgangspunktet at han ikke ønsker å redusere disse til noen få ”Kiendetegn”: Hvis man ikke skal

indskrænke denne Sygdom, som nogle have gjort, til visse faa Kiendetegn, hvilke undertiden forekomme, men ogsaa ofte ere borte, gjør man best i, at beskrive den af de adskillige Skikkelser og Tilfælde, under hvilke, undertiden samlede, undertiden adskilte og eensomme, den meest viser sig (Møller s. 198).

I en note refererer han til de som har redusert sykdommen til noen få kjennetegn, nemlig forråttelse i tannkjøttet og skjorbukflekkene (det er sannsynligvis James Lind et al. han snakker om her). Etter dette bruker Møller kun ordet ”tilfælde”, ikke ordet ”kiendetegn” overhodet, til tross for at overskriften altså angir at det er radesykens beskrivelse og Kiendetegn det skal handle om. Tilsynelatende kunne vi kanskje da si at det er et sammenfall mellom tegn og ”tilfælde”. Det vi kan se av denne uttalelsen, er imidlertid at det ikke er tale om noe *signum patognomonici*, altså det kjennetegn som er uatskillelig fra sykdommen. ”Tilfældene” beskriver snarere uttømmende alle de mulige formene sykdommen kan anta, men det er altså ikke symptomer som finner sted hos alle eller nesten alle som får sykdommen.³³³ De er, qua ”tilfælder”, sykdommens tilstedeværelse i den enkelte kropp, men de brukes ikke som tegn på gjenkjennelsen av en sykdomsenhet. ”Tilfælder” hos Møller er snarere noe som har ”tilfalt” sykdommen, slik Boerhaave definerte det. I tillegg ser vi her en annen av Boerhaaves kategorier (og som Callisen også senere brukte): ”Tilfælder” som tilfaller årsaken. I en paragraf drøfter Møller dette mangfoldet av ”tilfælder” som kan finne sted i skjorbuk, og bruker gikt som eksempel. Det finnes 14 arter gikt, men bare én som kommer av skjorbuk. Hvordan kan han da vite at sykdommen skriver seg fra skjorbuk? Svaret han gir er tredelt. Man kan ha sikker viten for det første dersom noen av ”tilfældene” enten har gått forut for, eller ledsager sykdommen, for det andre dersom sykdommen forekommer et

³³³ At det ikke er ”tilfælder” som nøkkel til et sykdomsbilde han er ute etter, kan vi se på side 200, der han nærmest i forbifarten nevner at sår i munn og hals ”næsten [er] den eeneste og fornemste Maade, hvorpaa Sygdommen fornemmelig ytrer sig her Sondenfields”. Det som for en lege av i dag ville vært et sentralt poeng i teksten, relegeres her til en fotnote, noe som viser at det ikke er et karakteristisk sett symptomer i vår forstand Møller er ute etter.

sted der sykdommen ”har sitt Hiem”, og for det tredje dersom det foreligger tydelige årsaker til et motsatt fenomen (”det som er tvert imod”). En kryptisk passasje, men her viser ”tilfældet” seg som et fenomen som peker tilbake på en årsak – finner man et ”tilfælde” i en sykdom som tilhører skjorbukken, og den har oppstått på et sted der skjorbuk ofte oppstår og det til like ikke er noen årsaker som ville frembringe en motsatt virkning – så kan man konkludere med at gikten kommer av skjorbuk.

Møller stiller sin egen fremstilling av radesykens ”tilfælder” i sterk kontrast til allmuens forståelse av den. Mens *de* med radesyke forstår de onde sår i halsen, alle slags utslett på voksne, og onde sår på legemet, har *han* en forståelse som tar utgangspunkt i både litteratur og erfaring: De autoritetene han siterer er blant andre Willis, Lietand, Linné, Sydenham, van Swieten, og de Sauvages, og han forsøker å finne et rom for radesyken på det nosologiske kartet. Som de Sauvages er han også nøye med å forsikre leseren om at beskrivelsen av sykdommens ”tilfælder” ikke utelukkende er hentet av legenes skrifter (Møller s. 201), men nedtegnet fra møtet med ”virkelig syge Originaler”, som daglig sees av de som praktiserer legekunst i Norge. Dette er det nosologiske aspektet av hans prosjekt. Det andre aspektet er å formidle den individualiserte erfaring, som kan anvendes ute hos de hjelpetrengende som ikke forstår latin.

Hvordan er det så med de andre? Hvordan bruker de selve ordene ”tilfælde” og kjennetegn? Arbo anvender knapt benevnelsene i det hele tatt. Han viser til en rekke fenomener som ledsager sykdommen, men kaller dem verken kjennetegn eller ”tilfælde” før i kapittel fire hvor han skal avgrense radesyken fra andre sykdommer – her bruker han begrepet ”tilfælde” noen få ganger. Deegen derimot, opererer med uttrykket ”kiendetegn”, og noen av dem har endog kraft til å bli kalt kriterier: ”Criteria primitiva” og ”Criteria secundaria”, eller de ”paafølgende Kiendetegn”. Kriterier er et sterkt uttrykk – som impliserer en tett tilknytning til sykdommen. Det er altså ”tilfælder” som er primitive eller sekundær-kjennetegn. Legg merke til at Deegen her omformulerer de klassiske kriteriene på venerisk sykdom i samtiden – for dem dreiet det seg om primærkriterier, ikke primitive kriterier. De såkalte primitive kriteriene viser seg da også ikke å være så viktige i Deegens tekst. Han understreker at de primitive kriteriene ikke forekommer så ofte i radesyken, men dette fraværet av *criteria primitiva* forhindrer ham altså ikke i å oppfatte radesyken som venerisk. Deegen opererer imidlertid ikke med et klart skille mellom tegn og ”tilfælde”. Litt senere i teksten blir de hittil beskrevne fenomener kalt ”alle de førbeskrevne Tilfælde” (Deegen s. 13). Det synes altså ikke hos Deegen å være et skille mellom ”tilfælde” og kjennetegn, de er sammenfallende. ”Tilfældene”, blir, qua kjennetegn, til betydningsbærende enheter, de peker

tilbake mot sykdommen. Men sykdommen defineres først og fremst ved hjelp av sykdommens årsak, nemlig besmittelsen, ikke ut fra ”tilfældene” eller kjennetegnene.

Er det da så noen av de klassiske tegnene tilstede i disse tekstene, de som peker bakover eller forover, antikkens prognostiske tegn? Hos Mangor finner vi en passasje som karakteristisk nok ikke befinner seg i kapitlet om radesykens kjennetegn, men i kapitlet om behandling. Når Mangor skal bestemme radesykens høyeste grad, nemlig spedalskheten, gir han følgende beskrivelse: ”Saarenes stinkende Vædske, og Spyttets motbydelige Lukt vise Blodets Forraadnelse, og de sorte Tænder vise Mavens og Fordøyelsens slette Tilstand” (Mangor s. 85). Sårene, lukten og tennene viser ikke bare sykdomstilstanden, de sier også noe om prognosen – her kommer de helt mot slutten av en sykdom som beveger seg én vei. De signaliserer spedalskhetens komme. I radesyketekstene er det generelt lite plass til antikkens klassiske prognostiske tegn, hvorav funn i urin, puls og blod etter årelatning er de sentrale. Mangor er et unntak, men selv han vier det liten plass. Pulsen beskrives ikke, og forandringer i urinen kun i det mest avanserte stadium av sykdommen (da skal den være tykk, hvitaktig og med et seigt bunnfall.) (Mangor s. 22). Blodets utseende ved årelatningen er han mer opptatt av. Årelater man i første stadium kan blodet enten se helt friskt ut, eller det kan eventuelt være dekket med en tykk seig og blåhvit hinne. Årelater man i den tiden hvor sårene vokser kraftig og blir betente, er blodet som ligger nederst sort og løst, mens det oventil er dekket med en grå eller blåaktig skorpe, som blir tykkere og seigere jo mer sykdommen avanserer. Årelater man ved det tidspunktet sykdommen har nådd sitt høydepunkt er skorpen borte, og blodet er nesten som vann, blandet med sot, og henger ikke sammen.

Konkluderende kan vi si at det i disse tekstene ikke finnes noe klart skille mellom ”Kiendetegn” og ”Tilfælde”, at beskrivelsene går over i hverandre, selv om noen tidvis problematiserer og berører et slikt skille. Dette kan forklares på mange måter. For det første kan det forklares i lys av tekstenes todelte struktur, deres karakter av å være både nosologiske beskrivelser og redskaper til bruk på landsbygda. Skulle vi gi Foucault rett i sin beskrivelse, kunne vi da forstå det dit hen at de bruker begrepet ”tilfælde” fordi det ville være mest relevant i en beskrivelse av den essensielle sykdommen, arten eller familien radesyke, mens de bruker ordet ”Kiendetegn” fordi de ønsker å gi leserne sine et praktisk verktøy. Dermed går bruken av termene over i hverandre. Det kan også forklares ved at vi nå befinner oss i en overgangstilstand – der tegn og ”tilfælde” ikke lenger har den faste struktur som jeg viste til innledningsvis – men at det finner sted en restrukturering av forholdet mellom ”tilfælde” og tegn. Så det gjenstår å undersøke: Hvilken status gis ”tilfældet” eller tegnet i disse tekstene, hva er det de medierer, og hvem er det som er i stand til å tolke dem?

C. E. Mangor deler som vi så radesyken inn i forskjellige stadier. Etter å ha beskrevet symptomer i det første stadium, har han følgende uttalelse:

Dette var det første Tiidsrum, og endskiønt det kan vare nogle Uger, saa fortiener det endnu intet andet Navn end Kulde, Forkølelse eller Forkølelsesgigt (rheumatismus) saasom det er forkølelsen eller Kulden, der meest regierer, og Skarpheden i Blodet endnu ei har tilkiendegivet sig ved noget tydelig og synlig Tilfælde. (Mangor s. 10).

Sykdommen foreligger altså kun som kim, og kan ikke egentlig gjenkjennes på noen tydelig og synlig måte, til tross for at han har beskrevet en rekke ”tilfælder” som tilhører den og som nå kan gjenkjennes hos de som har lært bedre. For det andre ser vi at sykdommen må ha gjort seg *fortjent* til et navn. Dette impliserer at sykdommen er en aktiv part. Navn får sykdommen først når den har brutt ut på kroppen, og blitt synlig. Det skilles altså mellom generelle ”tilfælder” og tydelige og synlige ”tilfælde”. La oss se på hva Mangor skriver om det han kaller sykdommens annet stadium:

Denne Tilstand kan og, eftersom Menneskets Alder, Styrke, Levemaade og andre Omstændigheder ere, vare et, to, tree Aar og længer, fra den først begynder, og indtil den af meenige Mand ansees for Sygdom. Den som forstaaer sig fuldkommen derpaa, kan derimod alt see, hva der forestaaer den syge, nemlig at han alt har Begyndelse til Radesygen. (Mangor s. 12).

Sykdommen kan altså ikke enda gjenkjennes av den menige mann. Det er autoriteten, den som fullkomment begriper dette, som er i stand til å tolke ”tilfældet” som tegn på et så tidlig stadium. Det som transformerer ”tilfældene” til tegn er legens forutgående kunnskap om hvilke ”tilfælder” en gitt væskeforandring kan gi. ”Tilfældet” viser i Mangors avhandling til en indre væsketilstand, men den som skal tolke det slik må ha kunnskap. En slik kunnskap kan imidlertid vel å merke formidles skriftlig og er ikke avhengig av at personen lærer opp i praksis – det kan, som Holst senere sier det, derved dannes seg et ”indre bilde” av sykdommen, slik at leserne senere kan gjenkjenne det. Og siden det er kunnskap som først og fremst forlanges, er opplysningsteksten en egnet sjanger.

Også i denne forbindelse befinner vi oss imidlertid i en overgangsfase. I 1788 ga Frederik Ludvig Bang ut en bok basert på sine erfaringer som sykehuslege i Friedrichs sykehus.³³⁴ Verket er interessant fordi det peker mot en sterkere interesse for undervisning ved sykesengen (Bang var den som innførte klinisk undervisning i København), et tidlig

³³⁴ Frederik Ludvig Bang var overlege ved Frederiks hospital fra 1775, og den som undersøkte de radesyke pasientene som ble sendt til København. Han ble professor ved medisinsk fakultet fra 1782 og innførte klinisk undervisning på fakultetet. Omtrent samtidig gav han ut to viktige verk; et som var et utdrag av hans dagboknedtegnelser på sykehuset, og et metodisk verk i tradisjonen fra de Sauvages rettet mot klassifikasjonen av sykdommer. Jfr. Frederik Ludvig Bang, *Selecta diarii nosocomii regii Friedericiani Hafniensis* (København: Simmelkiær, 1789). Frederik Ludvig Bang, *Praxis medica: systematice exposita* (København: Simmelkiær, 1789). Begge ble raskt oversatt til tysk.

eksempel i dansk-norsk kontekst. Han understreker da også at det er to måter å få kunnskap om sykdom på for den vordende lege. For det første ved sykesengen under ledelse av en erfaren lege:

so daß man mit eignen Augen sieht, was beim Kranken vorgeht und geschieht, unter der Anführung eines andern erfahrenen Arztes, der bei den vorkommenden Beispielen, theils durch das was eben geschieht, theils mündlich die Anfänger lehrt, und ihnen erklärt, welches *widernatürliche Erscheinungen* sind, welches die *Unterscheidungszeichen* der Krankheit, welches die *Zeichen* sind, die uns vorhersagen, was die Krankheit vor einer Ausgang nehmen werde, und welches die schicklichste heilarth sei.³³⁵ (Min kursivering.)

Til dette formålet egner sykehuset seg best som undervisningsarena, understreker han. For det andre må undervisning oppnås i henhold til et system, der lærdommen fra sykesengen blir gjenfortalt og organisert i et systematisk språk. Dette er den klassiske protoklinikken, slik Michel Foucault og for så vidt også Erwin Ackerknecht har beskrevet den. Studentene skal veiledes av den erfarne lege, som på forhånd har valgt ut ”eksempler” som skal fremvises til studenten. Sykehuset fremstår her som et sted der studentene skal innlemmes i nosologiens ordnede system. Institusjonen er i seg selv også en formidler mellom de to separate universene jeg har beskrevet hittil: det individualiserende tegnbegrepet i den praktiske medisin og nosologiens abstrakte kategorier. For å gå tilbake til sitatet, ser vi at Bang viser til den gamle tegnforståelsen. En viktig del av tegnets funksjon er å predikere sykdommens utgang. Men samtidig bruker Bang begrepet tegn om det Møller ville ha kalt ”tilfælde”. Hos ham er det tydelig også eksplisitt hva som finner sted implisitt, i praksis, i Møllers tekst, nemlig at det ikke er noe klart skille mellom tegn og ”tilfælde”. ”Tilfældet” er et tegn, og hos Bang gjør tegnet at man kan skille mellom sykdommer – det er altså slik at ”tilfældene” nå også har fått en annen funksjon – nemlig å bidra til å skille to forskjellige sykdommer, slik de opptrer i sin naturlige sammenheng, i den syke kropp. Når Bang redegjør for hvordan man skal undersøke den syke, sier han at man må nøye notere seg sykdommens ”tilfælder” (Zufälle),

welche man als *zeichen* der Krankheit wissen muß, und wovon man alle einzeln, in Absicht der Beschaffenheit der Krankheit, der Zeit, dem Grade, den Stande derselben, wie lange sie geblieben, wie hoch sie gewachsen, und wie sie abgenommen haben durch eine genaue Untersuchung entdecken, und sich von ihrer Gegenwart überzeugen muß.³³⁶ (Min kursivering.)

Tegnet brukes altså til en forsikring om tilstedeværelsen av sykdommen, av dens forløp, og av dens beskaffenhet. Bang fortsetter med å understreke at hvis man finner noe man mener er et av en kjent sykdoms vesentlige ”tilfælder”, må man forsøke å erindre denne sykdoms andre symptomer, og lete også etter disse.

³³⁵ Bang og Heinze, *Medicinische Praxis: systematisch erklärt*, s. 28.

³³⁶ *Ibid.*, s. 24-5..

Det er verdt å merke seg at Bangs gjennomgang, til tross for at den altså står i en kontekst som varsler et nytt paradigme innenfor medisinen, nemlig undervisningen ved sykesengen, ikke inneholder forslag til en fysisk undersøkelse av den syke. Pasienten skal forhøres om nåværende og tidligere ”tilfælder”, men en fysisk undersøkelse er altså ikke en del av denne listen over fremgangsmåten ved møtet med den syke, ikke engang en observasjon av fysiske fenomener angis særskilt. I medisinhistorisk litteratur har det vært vanlig å anta et skifte i forholdet mellom lege og pasient i perioden rundt 1800. Mens legene tidligere observerte pasienten, begynte de nå å undersøke dem; legen ble til en aktiv deltager i stedet for en passiv resipient av sanseinntrykk. I disse tekstene er ikke legen en passiv mottager. Det er riktignok slik at den fysiske undersøkelse ikke spiller en vesentlig rolle. Frederik Bang er en observatør, og det er anamnesen, eller sykehistorien, som har forrang. Det ser man for eksempel også i Heinrich Callisens verk, når han etter å ha behandlet årsakene tar for seg det han kaller undersøkelsen. Det dreier seg i all hovedsak om å spørre pasientene hva som plager dem, ikke om å kle av dem og undersøke dem systematisk. Samtidig er ikke legen, i noen av disse tekstene, en passiv mottager av sanseinntrykk. De driver tvert imot med en aktiv fortolkning – av pasientens fortelling og av det man kan se på den syke kropp. Klinikens oppgave er ikke å bestemme individuelle ”tilfælder”, med sine partikulære og særegne karakteristikker – det er å gi et bilde av sykdommene i sin totalitet. 1700-tallets dansk-norske medisinerer er aktive deltagere i møtet med sykesengen, de organiserer informasjonen og spiller en aktiv rolle, og kan på ingen måte kalles passive resipienter.³³⁷

Frederik Holst skriver sin avhandling 30 år etter at Bang utga sine nedtegnelser om medisinsk praksis. For Holst står imidlertid ikke erfaringen ved sykesengen sentralt. Ikke på én eneste side refererer han til erfaring han har hatt med radesyken, tvert i mot understreker han at han aldri har hatt anledning til å observere den i sitt fulle forløp. Til forskjell fra de andre radesyketekstene, skriver han i en annen sjanger enn opplysningstekstens sjanger; han kan konsentrere seg om å ordne og systematisere sykdommen. Dette gjør han ved hjelp av en klassisk beskrivelse etter modell av 1700-tallets *historia*. Ikke bare redegjør han for hvordan ”tilfældene” har vært beskrevet i Norge, han refererer også hvordan de har blitt beskrevet ikke bare i resten av Norden, men også rundt Middelhavet og i Østen, hvordan de har fremstått i

³³⁷ Det er allikevel viktig å understreke at jeg selv sagt ikke med dette mener å si at de ”foregrep” 1800-tallets kliniske undersøkelse, det er en helt annen aktivitet disse legene står for. Selv om perkusjon var fremhevet som metode av Josef Leopold Auenbrugger midt på 1700-tallet, kom den ikke i allmenn bruk før utpå 1800-tallet, i likhet med auskultasjonen som metode. Den hadde sin fremste talsmann på begynnelsen av det 19. århundre i den franske tuberkuloselegen René Laennec, som har blitt kreditert med oppfinnelsen av stetoskopet. Auskultasjon og perkusjon, to så sentrale metoder for 1800-tallets kliniker, kom altså ikke på tale her.

historiske verker og hvordan sykdommen ble skildret i Bibelen. Som vi så i forrige avsnitt befinner Holst seg fremdeles innenfor et nosologisk paradigme, i en tid som på mange måter definerer både høydepunktet og sluttpunktet for den nosologiske æra.³³⁸ Hans anliggende er å etablere radesyken som lepra (slik han definerer denne sykdommen), som en sykdom med en klar og definert plass i sykdommenes ideelle sfære. For å komme dit vil han, slik Linné brukte plantenes kjønnskarakteristika, nedfelle noen faste "tilfælder", et karakteristisk sett av symptomer som unikt definerer slekten. Denne metoden innebærer å rense vekk de individuelle idiosynkrasier: Holst er ikke interessert i å beskrive de mange "særegenheter" som ofte er blitt tillagt sykdommen, i motsetning til for eksempel Mangor, hvis prosjekt bestrebet seg på å fremlegge så bredt spekter av individuelle særegenheter som overhodet mulig. Eller Møller, som helt eksplisitt avviste en slik fremgangsmåte. For Holst er det derimot vesentlig å destillere et sett alminnelige kjennetegn, og disse kjennetegnene er det sett av karakteristiske "tilfælder" som står igjen når han er ferdig med sin metode. Sykdommens alminnelige kjennetegn finner man best frem til gjennom sammenligning "med de sykdommer som mange forveksler den med". Derneft bør man trekke fra de tegn som er av mindre betydning, for å kunne stå igjen med "et sannferdig begrep om sykdommen". Neste ledd består så i å sammenligne disse gjenstående kjennetegn med andre sykdommers kjennetegn. Og "hvis en av dem ligner vår sykdom i viktige henseender, vil det i det minste virke sannsynlig at de er nært beslektet".

Holst fremfører altså et klassisk nosologisk prosjekt, men det er en betydelig historisk endring som har funnet sted. Selv om Holst postulerer et underliggende sykdomsprinsipp som unndrar seg erkjennelsen, er det som om det forsvinner i selve redegjørelsen. Symptomet er ikke lenger et passivt naturfenomen som kan vise tilbake til en skjult sykdomstilstand, det utgjør selv sykdommen. Holst opererer altså med et skjema vi kan gjenkjenne fra nosologien. Det grunnleggende prinsippet er her å etablere en klasse i forhold til andre ved å sammenligne symptomer som ligner og er forskjellige. Men denne destilleringen av få symptomer som går igjen representerer også en annen tilnærming til sykdom enn det som kommer til syne i de andre radesyketekstene. Her dreier det seg om å presentere symptomer som går igjen i *alle* "tilfælder" av sykdommen. Det som definerer hva som skal klassifiseres er frekvensen av forekomster, *hvor ofte* denne type symptomer opptrer i forbindelse med denne sykdommen. Han beskriver innledningsvis alle mulige symptomer som han har funnet beskrevet. Derneft skiller han ut dem som hyppigst forekommer i kombinasjon med hverandre, og etablerer dem

³³⁸ Jfr. Faber, *Nosography in Modern Internal Medicine*.

som utgangspunkt for diskusjonen. Det var ifølge Holst mange ”tilfælder” som ikke alltid, men bare av og til var til stede i sykdommen, og likeledes var det mange av de beskrevne ”tilfældene” som kunne være tilstede ved andre sykdommer. Dette utgjorde et diagnostisk problem, som måtte løses ved å ”by frem et omriss og nærmest en avgrensning av sykdommens protoform” (Holst 2005 s. 41). Hans avgrensning av de nosologiske kjennetegn har altså ikke med en skjult kroppstilstand å gjøre, hans formål er å isolere en protoform, som kan la seg gjenkjenne i alle individer. ”Tilfældene” blir altså transformert til tegn, som ikke viser tilbake til en skjult sykdomstilstand (som tegnene i de tidlige tekstene gjorde), ikke heller til en sykdomssens (som ”tilfældene” i de klassiske nosologiske bestrebelsene gjorde). I stedet viser de til en karakteristisk sykdomsenhet. (Holst 2005 s. 38). *Qua* tegn blir ”tilfældene” altså brukt til å si noe om selve sykdommen, og til å skille den fra andre sykdommer. På den ene side er pasienten anonymisert, fratatt sine idiosynkrasier og særegenheter og redusert til en samling symptomer. På den annen side er sykdommen her blitt individualisert – gjort spesiell og særegen, karakterisert ved noen få prinsipper.

Imidlertid er det et forhold som skiller Holst grunnleggende fra dem som kommer etter ham, og som gjør at hans bok får så vidt liten resepsjon i etterkant. Dette er det faktum at disse ”tilfældene” ikke er hentet fra erfaring ved sykesengen, men fra en rekke beskrivelser som strekker seg både temporalt og geografisk. Nok en gang ser vi altså at Holst fremtrer som en overgangsskikkelse i dette materialet.

3.3. Konkluderende betraktninger

Hva er radesyken i disse tekstene? Den utgjøres selvfølgelig av alle sårene, utslettene, misdannelsene og smertene. Men den er ikke en sykdomsenhet slik vi forstår sykdom i dag. Den er ikke et knippe symptomer og tegn som gir entydig bestemmelse av hvilken klinisk konfigurasjon vi står ovenfor. Det bør ha blitt klart at følgende utsagn, som Ole Moseng gir i en omtale av radesyken, i beste fall er uklart: ”De medisinske autoritetene på 1770-tallet satset alt de hadde av kunnskap og erfaring for å beskrive symptomer, stille en diagnose og klassifisere noe de oppfattet som en ukjent og farlig epidemisk sykdom.”³³⁹ Jeg skal gi ham rett i følgende: De daværende medisinske autoritetene forsøker nok å klassifisere en ukjent farlig sykdom. Men 1770-tallets leger, i hvert fall de Moseng forholder seg til her, stiller ingen diagnose slik vi i dag forstår det, som en betegnelse på et karakteristisk sett av symptomer. Moseng fortsetter: ”Slik sett er det mulig å hevde at begrepet radesyke oppstod som en følge av at legekunsten utviklet seg mot legevitenskap, og at det ble både mulig og

³³⁹ Moseng, *Byen i emning*, s. 190.

ønskelig å stille diagnoser på nye måter.” Med diagnoser mener Moseng åpenbart en moderne diagnose, for han inkluderer i et avsnitt overfor en referanse til at skjorbuk skriver seg fra C-vitaminmangel (en opplysning som for øvrig gjør Møllers skjorbukbetegnelse fullstendig ubegripelig). En slik diagnose er det altså neppe tale om ennå. Det er vel også lite sannsynlig at radesyken ble skapt som følge av noen antatt nye diagnostiske bestrebelser. Det måtte i så fall være fordi de la større vekt på *signa patognomonica*, men i radesykens tidlige periode er dette ikke fremtredende.

For mange av disse forfatterne viser tegnene og ”tilfældene” kanskje først og fremst til en tilstand i væskene, men denne væsketilstanden er ikke identisk i alle tilfeller, og gjør derfor at deres kroppslige uttrykk blir forskjellig. Med to unntak: For det første Deegen, idet han svært kortfattet beskriver den veneriske sykdoms kjennetegn. Han forholder seg ikke til individuelle forskjeller, kanskje først og fremst fordi han oppfatter den primære sykdomsårsak som lokalisert utenfor kroppen – og altså ikke så avhengig av individuelle moduleringer. I tillegg er han kirurg av bakgrunn, selv om han hadde avlagt medisinsk eksamen. For kirurgen stod ikke de nosologiske systemer så sentralt. Deegen fokuserer på sykdomsutslag på den ytre kroppen, som var det eneste kirurgene var autorisert til å behandle (selv om en kirurg som Callisen i høyeste grad forholder seg til nosologiske prinsipper). Holst er det andre unntaket, hos ham fremstår radesykens ”tilfælder” som et knippe karakteristiske symptomer. I de tre andre tekstene som blir berørt her, er det imidlertid tydelig at bestrebelsen er å utforme en nøyaktig og uttømmende beskrivelse av *alle* symptomer som kan tilfalle radesyken i de individuelle ”tilfælder”, slik at den kan gjenkjennes nær sagt uavhengig av dens fremtredelsesform. Det avgjørende er bestemmelsen av den indre sykdomstilstand, dens kvalitet og alvorlighetsgrad. Hos Mangor får denne beskrivelsen sitt nedslag i de ulike stadiene han inndeler sykdommen i – sykdommens alvorlighetsgrad beror blant annet på hvordan blodet ser ut etter årelatningen. Radesyken blir tredelt hos apotekeren, Mülertz, som skriver dens symptomer til dens kjemiske årsak – om den er sur, salt eller harsk. Møller har også en slik tredeling, men den knytter seg til behandlingsanvisningen, og er ikke avgjørende for hvordan sykdommen fremtrer. Mens kirurgen i dette materialet, er helt tydelig på at det han beskriver er en venerisk sykdom som utelukkende overføres ved smitte. I neste kapittel skal alle disse sykdomsårsakene beskrives, og allerede her kan jeg si at dette er et svært fremmed univers for en lege av i dag. For å forstå hvilke sykdomsårsaker radesyken her innskrives i, er det nødvendig å gå en omvei om medisins årsaksforklaringer på 1700-tallet.

4. Radesyken som et sett med årsaker

Medisinere i dag forholder seg til årsaksbegrepet, men det er få som tar en aktiv stilling til hva det innebærer. Hvis årsaksbegrepet diskuteres, diskuteres årsak i all hovedsak som nødvendig årsak: noe er årsak til en sykdom hvis og bare hvis den med nødvendighet medfører sykdommen. Vulgæreksemplet er de bakterielle sykdommer. Årsaken til kikhoste er bakterien *Bordetella pertussis* årsak som blir formodet ved den kliniske undersøkelse og endelig bekreftet ved dyrkning i det mikrobiologiske laboratoriet. Men selv om *B. pertussis* i dag blir ansett som en *nødvendig* årsak for å få sykdommen kikhoste, er den ikke nødvendigvis i seg selv en *tilstrekkelig* årsak. Bakterien må trenge gjennom de ytre barrierer og inn i kroppen, og den må finne et miljø som gjør det mulig for den å reproducere seg selv. Slike faktorer, som vanligvis inkluderer komplekse genetiske og immunologiske mekanismer, blir gruppert i medisinske tekstbøker under rubrikken etiologi og patogenese. Patogenese er selvsagt ikke det samme som årsak. Etiologi er mer å anse som sammenfatningen av ulike faktorer som på en eller annen måte kan relateres til sykdommers mulighetsbetingelser, mens termen årsak synes å definere en spesifikk faktor som definerer sykdommen på en unik måte.

Hvis den nødvendige årsak ikke er kjent, bruker vi i dag vanligvis ikke årsaksbegrepet. Det gjorde imidlertid legene på 1700-tallet. For dem var årsaksbegrepet et aggregat av alt som på en eller annen måte kunne affisere sykdomsstatus. Går vi et århundre tilbake kan vi se 1600-tallsmedisineren Riverius definere årsak slik:

All those things are given the name of causes which contribute anything to the production of disease in any way whatsoever, whether per se or by accident, mediately or immediately, or maintain or exacerbate the disease, or have some effect in any other way at all.³⁴⁰

I radesyketekstene blir dette formulert klarest av Johannes Møller, som skriver i sin avhandling at enhver sykdom har mange årsaker. De som hevder at sykdom har sin opprinnelse i ”een eneste Aarsag og Grund”, har ”paa Sandhedens Bekostning aflagt store Prøver paa den Færdighed, at kunne forklare det, som til al Fortred ikke var til”. Det er rett og slett en villfarelse, skriver han, å gi en eneste årsak enerett på sykdommen.³⁴¹ Hver for seg eller i selskap med andre kan disse årsaker frembringe sykdom. Årsaksspørsmålet kompliseres ytterligere idet en årsaks virkning kan bli årsak til nye virkninger, som igjen kan gjøres til nye årsaker og så videre.

³⁴⁰ Lazarus Riverius, *Opera Medica Universa* (Geneva: 1728 [1669]). Sitert fra King, *The Medical World of the Eighteenth Century*, s. 215 f.

³⁴¹ Møller, *Forsøg i det som angaaer det Norske Folks Sundhed*, s. 206.

De tidligmoderne tanker om refleksjon tar utgangspunkt i galenisk medisin, som igjen har røtter i Aristoteles' filosofi.³⁴² Den greske filosofen argumenterte for at skulle man forstå forandring ut fra fire årsaksmodi: 1. den formale årsak (hva slags ting/handling vedkommende fenomen er) 2. den materielle årsak (hva er det/den laget av?) 3. den bevirkende årsak (av hvilken agens er den laget?), og 4. den finale årsak (i hvilken hensikt er den laget?). Det hersket konsensus om at det var *causa efficiens*, den bevirkende årsaken, som var viktig for sykdomsårsaken, og det ble gjerne trukket et ytterligere sett av distinksjoner innenfor denne. Galen deler den bevirkende årsak i tre: *causa procatarctica*, den utløsende årsak, *causa antecedens*, den forutgående årsak, og *causa contetiva*, den sammenhengende årsak. Den utløsende årsak var noe eksternt – varme, kulde, slag – som førte til skadelige endringer i kroppstilstanden og dermed også endringer i kroppsvæskene. Den forutgående årsak var kroppens predisposisjon til å bli påvirket av sykdom, og den sammenhengende årsak, som var frembrakt av de andre to, innebar en tilstand i organet eller kroppsdelen som hindret dem i å utøve sin rettmessige funksjon.³⁴³

På 1700-tallet ble Galens årsaksbegrep tatt opp igjen av legen Herman Boerhaave, som etablerte tre hovedkategorier av årsaker:³⁴⁴ fjerntliggende (*causa praedisponens*), utløsende (*causa procatarctica*), og proksimale (*causa proxima*) årsaker. Når en sykdom oppstod, hadde det ifølge Boerhaave vanligvis vært forutgått av en predisponerende årsak. Men en utløsende årsak, *causa procatarctica*, var nødvendig for å frembringe sykdommen.³⁴⁵ Den predisponerende årsak satte kroppen i stand til å motta sykdommen. Det kunne være faktorer som atmosfæriske forhold, stjernenes stilling, temperamentene, eller en tilstand i væskene, som for eksempel en *plethora* (en sykkelig tilstand karakterisert av overvekt av blod eller en av de andre væskene). En person med en særlig sammensetning av væskene var mer tilbøyelig til å få en type sykdom enn noen som hadde en annen sammensetning av væskene, når de ble konfronterert med samme utløsende årsak.

Den predisponerende årsak var, ifølge Boerhaave, aldri i seg selv nok til å produsere sykdom. En tilleggsfaktor måtte komme til, nemlig den *utløsende årsak* (*procatarctica*). Den kunne være indre, i pasienten selv, eller den kunne være ytre. Vanligvis hadde de utløsende

³⁴² Det er viktig å huske på at disse årsaksbetraktningene skriver seg fra en tid før David Hume, John Stuart Mill og andre som danner forhistorien for vår måte å tenke om kausalitet på.

³⁴³ Vivian Nutton, "The Seeds of Disease: An Explanation of Contagion and Infection from the Greeks to the Renaissance," *Medical History* 27 (1983): 1-34, s. 4.

³⁴⁴ Lester S. King, *The Philosophy of Medicine: the Early Eighteenth Century* (Cambridge: Harvard University Press, 1978), s. 223.

³⁴⁵ Ibid., s. 224.

årsaker sin rot i de seks *res non naturales*.³⁴⁶ De seks *res non naturales* var en term fra skolastikken, av mange tilskrevet Galen.³⁴⁷ Antikken opererte med tre typer forhold som de regnet som bestemmende for menneskets helbred. Det gjaldt for det første *res naturales* eller de naturlige ting, det som tilhører kroppens egen natur, for eksempel legemets faste og flytende deler. De er utenfor menneskets innflytelse. Dernest var det *res contra naturales* – eller de ”motnaturlige” ting:: de forhold som skadet helsen, det vil si gikk *mot* menneskets natur. Endelig var det *res non naturales*, altså det som ligger utenfor menneskets egen natur (forstått som dets egen organisme, se nedenfor). De representerte faktorer som, hvis de ble brukt riktig, holdt mennesket sunt, men hvis de ble brukt galt ville lede til sykdom. De utgjorde seks sett av faktorer, stort sett nevnt i denne rekkefølge: 1. den omgivende luft, 2. bevegelse og hvile, 3. søvn og våkenhet, 4. det som tas inn (mat og drikke), 5. det som skilles ut og holdes igjen (kroppens utsondringer, som avføring, diaré, saliva, svette og tårer), og endelig 6. sinnsstemninger. Disse årsakene var alle nødvendige, idet man måtte ha dem for å leve, i en eller annen forstand. Det høres for en moderne leser unektelig merkelig ut at noe som så til de grader hører til naturen, skulle betegnes som *non naturales*. Flere har da også ment at dette er et uhensiktsmessig begrep.³⁴⁸ Imidlertid betydde ”naturen” i medisinen før 1800-tallet vesensnatur, livskraftens essens i kroppen, altså noe indre. Natur svarte til det som var sunt for organismen, og var som sådan individuelt determinert. Termen *non naturales* svarte derfor til det som var indifferent med hensyn til dets virkning på det enkelte legeme. Om et legemiddel ble hensiktsmessig benyttet ville det virke helbredende, men hvis man derimot omgikk det med slurv ville det virke skadelig. Ingen av forfatterne av radesyketekstene bruker termen *non naturales*, og det har sine grunner. Det er mye som tyder på at det i løpet av 1700-tallet foregikk en transformasjon i forholdet til naturen. ”Naturen” ble i dette århundret også til den store ytre verden, en verden som var skapt med en bestemt orden og lovmessighet.³⁴⁹ I stedet for å henvise til noe vesentlig i selve menneskekroppen kom natur til å vise til noe mer opprinnelig, noe som lå utenfor det individuelle menneske. Dette førte til at termen *res non naturales* gradvis gikk ut av bruk, og at grupperingen av de

³⁴⁶ For en nærmere omtale av de seks *res non naturales*, se følgende artikler; J.L. Rather, "The 'Six Things Non-Natural': A Note on the Origins and Fate of a Doctrine and a Phrase," *Clio Medica* 3 (1968): 337-47.; Jerome J. Bylebyl, "Galen on the Non-Natural Causes of Variation in the Pulse," *Bulletin of the History of Medicine* 45 (1971): 482-85; William Coleman, "Health and Hygiene in the Encyclopedie," *History of medicine* 29 (1974): 399-421; Saul Jarcho, "Galens Six Non-Naturals," *Bulletin of the History of Medicine* 44 (1970): 372-77; Peter H. Niebyl, "The Non-Naturals," *Bulletin of the History of Medicine* 45 (1971): 486-92.

³⁴⁷ L. J. Rather mener imidlertid termen *res non naturales* må ha vært introdusert først da arabiske medisinske verk (som hovedsakelig baserte seg på Galen) ble oversatt til latin. Listen over de ikke-naturlige ting (men ikke termen) ble introdusert av Galen i hans *Technē iatrikē*. Jfr. Rather, "The 'Six Things Non-Natural'," her s. 341.

³⁴⁸ For eksempel Rather i *Ibid*.

³⁴⁹ Jfr. Mellemegaard, *Kroppens natur*, s. 74.

forskjellige årsakene innenfor dette komplekset ikke ble så rigide. Boerhaave grep for eksempel til en noe annen måte å klassifisere utløsende (*procatarctic*) årsaker på.³⁵⁰ I stedet for de seks vanlige årsakene, delte han dem opp i fire. I sitatet under gir han eksempel på hvordan man skulle gå frem for å få tak i de forskjellige årsakene:

Therefore I ask the patient what he has eat or drank, what medicines he has taken, or whether he has received any infection from people afflicted with contagious disease, or by any other accident; whether he has eaten any bad shellfish, or sallad, upon which toads have spit or spued their froth &c. If there appears no defect in that class, enquiry must be next made, whether there is anything amiss in the excreta or retenta; and in this manner are all the four classes of the accessory causes to be run over, till the true cause is found.³⁵¹

De fire klassene er: *ingesta*, eller det som var tatt inn i kroppen (mat, drikke, gift, medisiner, infeksjoner), *gesta*, eller det kroppen gjorde (bevegelse, søvn, emosjonelle tilstander), *retenta*, eller det som var holdt tilbake eller skilt ut, og endelig *applicata externa corpori*, det som ble applisert eksternt (bad, klær, sår, kontusjoner, irriteranter).³⁵²

Til sammen utgjorde den predisponerende og den utløsende årsaken den proksimale årsak. Den proksimale årsak var den nødvendige årsak, det vil si den årsak hvis tilstedeværelse utgjorde sykdommen, og hvis fravær fjernet den. Begrepet proksimal innebærer altså ikke, slik det kanskje kan synes, et tidlig forhold – den proksimale årsak er ikke nærmere sykdommen i tid enn de fjerntliggende årsaker (*causae remotae*). Hos Boerhaave (og vi skal se at dette også gjelder for de fleste av radesykeforfatterne) innebar den proksimale årsak snarere en nødvendig forbindelse. Boerhaave brukte selv et eksempel om en likevekt, der man hadde 100 pund på en side og 99 pund på den annen side – hvis man da tilla 1 pund på den ene siden, ville det bli likevekt. Selv om de 99 pundene og det ene pundet ble tillagt til forskjellige tider, og tillegget av det ene pundet umiddelbart gikk forut for effekten (likevekten), var ikke dette relevant. Hver tillagt vekt ville bli ansett som en fjerntliggende årsak, uavhengig av den kronologisk rekkefølge de tilkom i. Det var sammenfallet av de tillagte vekter som var viktige: de til sammen utgjorde den proksimale årsak (i dette eksemplet likevekt).³⁵³ Det er altså et sammenfall mellom årsak og effect: "The cause of

³⁵⁰ Denne grupperingen er imidlertid ikke å anse som et oppgjør med den antikke medisin. Boerhaaves nye klassifikasjon er i stor grad sammenfallende med Galens inndeling i hans avhandling om hygien, Jfr. Rather, "The 'Six Things Non-Natural'," s. 341. Han refererer til Galens *De sanitate tuenda*.

³⁵¹ Herman Boerhaave, *Dr. Boerhaave's Academical Lectures on the Theory of Physic, being a Genuine Translation of his Institutes and Explanatory Comment*, bind 4-6 (London: Rivington, 1747), § 744. Sitert fra King, *The Medical World of the Eighteenth Century*, s. 229.

³⁵² Den fulle listen er 1. *Ingesta*. Aer. Cibus. Potus. Medicamen. Venenum. Quae per spiracula cutis, narium, per meatus oris, pulmonis, oesophagi, ventriculi, intestinorum, pudenda muliebria introgeruntur, specie visibili, invisibili, frimo, haustu, deglutitu, enemate, infuso. 2. *Gesta*. Motus corporis totius, partisve, affectus animi quicumque. Quies utriusque. Hinc Somnus, & vigilia, huc quoque referentur. 3. *Retenta*. Excreta, sive salubria, sive recrementa, sive morbosa. 4. *Applicata externa corpori*. Aer. Vapor. Fomentum. Balneum. Vestis, Linimentum. Unguentum. Emplastrum. Vulnerans. Contundens. Erodens.

³⁵³ Sitert fra King, *The Medical World of the Eighteenth Century*, s. 225.

disease is the same thing with the disease itself.”³⁵⁴ Den proksimale årsak, hevdet Boerhaave videre, utgjør, siden den er aggregatet av årsaker, sykdommen selv. Dens tilstedeværelse etablerer og kontinuerer sykdommen, og dens fravær fjerner sykdommen.³⁵⁵ Årsak (den proksimale årsak, det vil si summen av alle de fjerntliggende årsaker) og effekt (sykdommen) er samme sak, og det er bare våre forutinntatte holdninger som hindrer oss i å innse dette, var Boerhaaves påstand. Proksimale årsaker kom nærmest til å definere den sykelige tilstand eller prosess som fant sted i den syke kroppen.

Boerhaave var den som mest systematisk drøftet årsaksbegrepet på 1700-tallet, og også den som mest eksplisitt ble henvist til av radesykelegene. Ser vi på andre 1700-tallsmedisinere blir det imidlertid klart at hans skjema er relativt representativt. Årsakene ble vanligvis delt inn i tre: den såkalte *causa remota* eller *predisponens*, som ikke i seg selv ville produsere sykdommen men trengte en ytterligere aktiverende faktor, den såkalte utløsende eller *occasionalis* eller *procatartica* eller tilleggs-årsak. Og endelig den proksimale årsak, som er sammenfallende med sykdommen selv. Det var altså ingen enkelt årsakssammenheng som ble privilegert. Verken den fjerne årsaken eller tilleggsårsaken var i seg selv nok til å produsere sykdommen, de måtte begge agere sammen. Ble man, i en slik kontekst, spurt om hvorvidt et gitt fenomen vil frembringe sykdommen, ble svaret relativt.³⁵⁶ Hvis for eksempel en person i utgangspunktet hadde generelt mye væske i kroppen, og en annen hadde en ubalanse i væskene, et misforhold mellom de forskjellige væskene (*plethora*), hadde de to forskjellige predisponerende årsaker. Hvis de nå ble utsatt for de samme utløsende årsaker, for eksempel kulde, ville pasienten med generelt mye væske i kroppen få pleuritt, ikke pasienten med ubalanse i væskene.³⁵⁷ Effekten av én årsaksfaktor var avhengig av tilstedeværelsen av mange andre.

Hva slags type årsaker forholdt de seg til i radesyketekstene? Johannes Møller følger Boerhaaves skille mellom de fjerntliggende (eller summen av de predisponerende og de utløsende årsaker) og de umiddelbare årsaker. Han regner med to hovedtyper av årsaker til radesyken, eller skjørbuken, som han velger å kalle den. Det er de middelbare (*causæ remotæ*) og de umiddelbare. Den umiddelbare årsak, eller sykdommens nærmeste årsak, er i legemet, og forårsaker der de tilfelle hvor sykdommen ytrer seg. Dette tilsvarer Boerhaaves proksimale

³⁵⁴ Boerhaave, *Dr. Boerhaave's Academical Lectures on the Theory of Physic, being a Genuine Translation of his Institutes and Explanatory Comment*, note til § 740. Siteret fra Lester S. King, "Some Problems of Causality in Eighteenth Century Medicine," *Bulletin of the History of Medicine* 37 (1963): 15-24, s. 23.

³⁵⁵ King, *The Medical World of the Eighteenth Century*, s. 226. Han siterer Boerhaave, *Dr. Boerhaave's Academical Lectures on the Theory of Physic, being a Genuine Translation of his Institutes and Explanatory Comment*, § 740.

³⁵⁶ Dette har jeg fra King, "Some Problems of Causality in Eighteenth Century Medicine," s. 20.

³⁵⁷ Jfr. *Ibid.*

årsak. De middelbare årsaker, ”deels uden for Legemet, deels i Legemet” forårsaker sykdommen ved å frembringe den nærmeste eller proksimale årsaken. De middelbare årsaker deler han igjen opp i to typer. På den ene siden de universelle, som er like overalt, og på den andre siden, ”de særdeles, egne og besynderlige Aarsager, som flyde af disse Folkeslags Levemaade og andre tilfældige Omstændigheder”. Møllers middelbare årsaker tilsvarer nok summen av Boerhaaves predisponerende og utløsende årsaker. Men Møller innfører et annet skille: distinksjonen mellom universelle og lokale årsaker. Denne distinksjonen er ikke like lett å tilpasse Boerhaaves skjema, fordi Boerhaaves predisponerende årsaker ikke er en universell kategori som er identisk i alle tilfeller – det kan jo som vi så være en særlig væskeblanding eller lokale himmelkonstellasjoner. Allikevel er nok Møllers lokale årsaker relativt nære Boerhaaves kategori om de utløsende årsaker (*procatartica*). Han konkluderer sin årsaksbetragtning med å si at ”aarsagerne til Skiørbug ere mange, og at denne Sygdom frembringes hos det ene Menneske af den Aarsag, og hos det andet af en anden Aarsag”. Årsakene er altså ikke den samme i hvert enkelt tilfelle. Skjørbukens forskjellige årsaker kunne gi en god anledning til sykdomsklassifikasjonen, påpekte Møller videre, og opererer med en inndeling av typen: I: Skjørbuk av den ”forhindrede Uddunstning” med fem underklasser, II: Skjørbuk av kjøkkensalt med tre underklasser, og endelig III: skjørbuk av forråtnelse med fire underklasser.³⁵⁸

Også C. E. Mangor begynner med en utlegning av årsakenes natur. Han hevder at radesyken har én hovedårsak, som er grunnen til sykdommen, og som igjen forårsakes av forskjellige sammenvirkende årsaker, som alle ”staae i Menneskenes Magt, enten at vogte sig for, eller dog forbedre” (Mangor s. 27). En tredje type årsak er ”kuuns Anledninger” til sykdommens utbrudd, som forkjølelse og støt som skaper sår.³⁵⁹ Mangor opererer altså i likhet med Møller og Boerhaave med en nærmeste årsak, den proksimale årsak (hovedårsaken). I likhet med Møller skiller han også mellom to ytterligere nivåer. Der Møller skiller mellom universelle og lokale årsaker, skiller Mangor imidlertid mellom anledningsårsaker eller tilleggsårsaker, og de andre mer sammenvirkende årsaker, som han ikke spesifiserer nærmere. Når han skal presisere radesykenes årsaker, spiller imidlertid selve dette skillet ingen rolle. Hans hoveddistinksjon går altså mellom sykdommens proksimale

³⁵⁸ I: Den forhindrede utdunstnings underklasser er: skjørbuk av kulden, skjørbuk av en fuktig luft, skjørbuk av bedrøvelse, skjørbuk av mangel på bevegelse, skjørbuk av alt for ofte omveksling av kulde og varme. II: Den kjøkkensaltaktige skjørbuks underklasser er: skjørbuk av salt kjøtt, av for mye salt til all slags mat, og av salt fisk. III: Den forråtnende skjørbuks klasser er: skjørbuk av å spise bare kjøtt, av å spise bare fisk, av råtnende dunster, og av råtten mat.

³⁵⁹ At forkjølelse er en anledningsårsak til sykdom hevder også Strøm i sin avhandling om spedalskheten, se Strøm, *Anmærkninger til Oplysning om den ved Søekysterne i Norge gængse Spedalskhed*, s. 3.

årsak og dens fjerntliggende årsaker, som da blir summen av Boerhaaves predisponerende og utløsende årsak. Drammenslegen Arbo skiller på sin side mellom radesykens egentlige årsak, som er en ”skiørbutisk disposisjon i væskene”, de predisponerende årsaker, og endelig ”Anlednings Aarsager”, som utløser den og kan være enten støt, fall, slag, forkjølelse, besmittelse etc. Pfefferkorn på sin side skiller mellom ”vorbereitenden Ursachen” og individuell disposisjon. Alle forfatterne skiller således mellom de proksimale og de fjerntliggende årsaker (summen av Boerhaaves *causa praedisponens* og *causa procatactica*), men oppdelingen av den siste er noe forskjellig hos forfatterne. De fleste forfatterne berører kun overfladisk den type årsaker som det ikke står i allmuens makt å påvirke, som for eksempel klima eller jordsmonn. De viktigste elementer i de fjerntliggende årsaker var de forhold som tilhørte det klassiske begrep om de seks *res non naturales*, og dette vil derfor bli vektlagt spesielt i det som følger. La oss imidlertid først se litt på de proksimale årsaker til radesyken, slik de fremsto i radesyketekstene.

4.1. Radesykens proksimale årsaker.

Boerhaave beskrev den proksimale eller nærmeste årsak som en sum av alle de forutgående årsaker, som til sammen brakte tilveie sykdommen. For ham ble den proksimale årsak derfor nærmest sammenfallende med effekten; den proksimale årsak er så å si uadskillelig fra sykdommen selv, dens definisjon. Her i radesykebøkene ser vi noe av det samme. De fleste forfatterne forestiller seg den nærmeste årsak som en beskaffenhet i væskene selv. Møller er den som drøfter dette grundigst, og derfor vil han bli gjengitt utførlig i det som følger. Den nærmeste årsak er, sier Møller, ”en Legemets og Vædskernes Beskaffenhed i Sygdommen selv” (Møller s. 225). Problemet er imidlertid, skriver han, at

[D]e mange Deelee, som høre til at udgiøre enhver af dem, fra de meest sammensatte til de meest enkelte, fra dem, som vi kiende lidet til, til dem, som vi slet ingen Kundskab have om; disse Deeles Forhold (Proportion) imod hinanden, maaskee neppe eens hos to Mennesker under Solen, ja endogsaa foranderlige hos eet og det samme Menneske hvert Minut.

Problemet er altså for det første at vi vet lite om både væskene og de faste delene, for det andre varierer disse sammensetningene ikke bare enkeltindivider imellom, men også *innenfor* det enkelte individ fra tidspunkt til tidspunkt. Denne stadige vekslingen gjør det til en uhyre kompleks virksomhet å skulle vurdere væskene og de faste stoffers beskaffenhet i de ulike sykdommer. De fleste forfatterne mener imidlertid at det tross alt er mulig å avlede noen hovedtyper av sykdommens nærmeste årsaker. Det er nemlig de fjerntliggende årsakene som for en stor grad bestemmer hva slags nærmeste årsak som tilveiebringes i legemet. For Møller betyr dette for eksempel at dersom pasienten har spist mye salt kjøtt og fisk, så kan man anta

at en "*Kjøkkensalt-Skarphed*" har fordervet hans blod og væsker.³⁶⁰ Denne skarphet oppløser blodet og væskene, og gjør dem altfor tynne, mens senene blir stive, harde og sammendratte. Hvis den syke imidlertid har ernært seg kun av kjøtt og fisk, og ikke spist grønt, hersker en større forråtnelse i legemet, og da er en "*flygtig, alkalisk Skarphed, blandet med en skarp, raaden, harsk Olie*".³⁶¹ Hvis derimot inntak av rå melkeprodukter og en sur drikke har vært årsaken, så tar den "*suure Skarphed*" overhånd, da blir forråtnelsen ikke så stor, men væskene og blodet blir slimete, tykke, seige. Ved å utforske årsakene og sammenligne dem med de symptomer som fremtrer, kan man slutte seg derfra tilbake til den proksimale årsak som ligger til grunn for sykdommen: "Dersom man hos enhver Syg nøie udforsker og undersøger de foregaaende Aarsager, og sammenligner dem med de Tilfælde, som vise sig i hans Sygdom, saa skal man med temmelig Vished kunne slutte sig til hans Legems og Safters Tilstand i den Grad af Sygdom, som han er angreben af." (Møller s. 227). Altså bør man ta de foregående årsaker i betraktning for å bestemme den art fordervelse som hersker i legemet. "Strandboere" ved kysten, som spiser mye fisk, er mer utsatt for den forråtnende formen, og den "gaaer ofte saa vidt, at den nærmer sig til Spedalskhed". Bygdeboerne i innlandet, som spiser mye melvarer og drikker sur melk, får en syrlig skarphet i legemet, mens de som har velstående nok til å spise mye salt fisk og kjøtt får mer av den kjøkkensaltaktige skjørbuk. "[D]ette, som grunder sig paa en sund Theorie, bekræftes ved daglig Erfaring, og kan derfor ei med Sandhed imodsiges." (Møller s. 231). Mangor på sin side nøyer seg med å konstatere at hovedårsaken er en skarphet i blodet og seighet i væsker i legemet, uten å skille mellom forskjellige typer, mens Pfefferkorn definerer radesykens "nächste Ursache" som dårlige væsker, en skarphet han riktignok mener nærmer seg den skjørbutiske, men som egentlig er en leprøs skarphet.

Arbo har et interessant resonnement som kan bringe oss litt nærmere denne måten å tenke på. Han definerer radesykens nærmeste grunn og årsak som en "paa en egen Maade modificerede skjørbutiske Væskernes Ureenhed". At det er en skjørbutisk urenhet i væskene, kan han slutte seg til ut fra de predisponerende årsaker. Men Arbos problem er at den vanlige skjørbuk ikke er så vanlig i Norge, mens radesyken er fremherskende. Derav altså uttrykket

³⁶⁰ Både Mülertz (s. 5), Møller (s. 227) og Arbo operer med en tilsvarende skarphet.

³⁶¹ Mülertz deler denne inn i to: den simple alkaliske, og den med harsk fedme forenet. Han har i tillegg en som Møller ikke nevner her, nemlig den tørre radesyken, forårsaket av gas muriaticum eller tilbakedreven saltsyreluft. Se Mülertz s. 5-6. Den sure, salte og alkaliske er de vanligste, ifølge Møller. Arbo definerer også den proksimale årsak som en særegenhet i væskenes beskaffenhet: på den ene side er væskene tykke, slimete og seige, på den andre side er de oppfylt med en skarphet: som er av tre slag: hhv en alkalisk, en sur og en muriatisk skarphet: Acrimonia alcalina, acida eller muriatica. (Arbo s. 33) Ved sjøkystene er det mest av acrimonia alcalina, lenger inne i landet acrimonia acida og muriatica. Arbo mangler altså den salte skarphet i forhold til Møllers og Mülertz' skjema, mens vi ser at han er på linje med å reservere den alkaliske til kystbefolkningen. Han er imidlertid på sin side nøye med å si at denne sykdommen overhodet ikke kan sammenlignes med spedalskhed.

”modificerede”, idet det må være noe med urenheten som gjør at den frembringer radesyke, og ikke skjorbuk. Grunnen til dette er, mener Arbo, for det første at innbyggerne arbeider så sterkt, slik at væskene sirkulerer bedre, og transpirasjonen og andre ”evacuationer” (utsondringer) vedlikeholdes. For det andre at den radesyke gjerne har store sårflater slik at de skadelige materier blir ført ut av kroppen sammen med pusset. Vi står her i utgangspunktet overfor den samme urenhet i væskene, men resultatet blir et annet fordi sykdomsmaterien lettere slipper ut, enten ved utsondringene eller ved sårene. Vi ser videre at måten han skiller mellom en skjorbutisk og andre typer av svakheter på, ikke er symptomene, som kunne være nærliggende for en moderne leser, men årsakene. Det er nettopp fordi han avdekker de samme årsaker som forårsaker skjorbuk, at han kan si at radesyken er en skjorbutisk urenhet. På dette punktet kan vi også spore en sirkelargumentasjon på Arbos vegne. Årsaken til at urenheten i væskene er annerledes, er at radesyken har så mange sår, mener Arbo. Samtidig er det jo nettopp det faktum at sykdommen får fremtoningen av type radesyke (som han har karakterisert med mange sår) som skal forklares. I denne sykdom er det en ”forslimelse og Seihed i Blod og Vædsker”, som er av flere slag: Nær kysten en alkalinsk skarphet, og lenger inne i landet mer av en sur og muriatisk skarphet.³⁶²

Hos Mülertz finnes det også mange forskjellige proksimale årsaker: ”Radesygens skarpheder ere tildeels forskjellige; Radesygen er da ligesaa forskjellig, og efter hvad jeg har lagt Mærke til, bør man antage fem Slags Radesyge. Nemlig henholdsvis ”den kolde sure”, ”den alcalinske eller hede hidsige”, ”den harske”, og endelig ”den tørre” radesyke (Mülertz s. 5). Hvilken type radesyke man har fremfor seg er igjen betinget av hvilken årsak som frembringer den. Den sure er frembragt av for mye syre, den alkalinske av for mye base, den harske av fettsyrens utvikling og den tørre av tilbakedreven saltsyreluft. Den sure, salte og alkaliske radesyken er de hyppigst forekommende.

Hos både Møller, Mangor, Arbo og Mülertz er altså den proksimale årsak etablert som en tilstand i væskene. Hendrik Deegen forholder seg av plassmessige grunner ikke til spørsmålet om den proksimale årsak: det lar seg ikke her avgjøre, sier han (muligens en smule ironisk), hvorvidt ”den sygegiørende Materie egentlig bestaaer i en luudagtig, kjøkensaltagtig eller suursaltagtig Skarphed? Det er nok at den er smitsom og af venerisk Natur” (Deegen s. 7). Med Frederik Holst forholder det seg annerledes. Her er spørsmålet om den proksimale

³⁶² Zedlers leksikon definerer *muriatica acrimonia* slik: ”eine Schärfe der Säfte im menschlichen Körper, die sich in gewissen Kranckheiten, als in dem Scharbocke, der Melancholie und dergleichen, besonders hervorrhut. In allem kömmt sie dem Mehrsalze oder dem Salmiak gleich; die Patienten empfinden dabey allezeit im Munde einen salzigten Geschmack, haben beständig großen Durst, Trockenheit und Dürre des Leibes; ihr Urin ist salzig, faulet schwerlich und führet ein dickes Sediment, dabey ein dünnes fettes Häutgen auf demselbigen schwimmt.“

årsak forsvunnet helt ut. Han benekter bestemt at en og samme sykdom kan komme av ”gjensidig motstridende prinsipper”, det vil si for eksempel at det finnes både en alkalisk og en sur variant av sykdommen (han henviser til Arbo og Mülertz). ”Bare ett eneste prinsipp kan ligge til grunn for enhver oppdaget sykdom, og dette grunnprinsippet bestemmer både sykdommens ulike arter og dens livskraft”, fortsetter han. Hva han mener med dette grunnprinsippet får vi ikke vite, for i neste setning fortsetter han med å fremheve sitt klassifikasjonsprinsipp, nemlig det som hviler på iakttagbare symptomer. Muligens innebærer dette at prinsippet Holst forfekter er basert på en inndeling i symptomer, men det kan også være at han refererer til en eneste væskeblanding som forefinnes i radesyken (men som unndrar seg observasjon og derfor ikke vies nærmere plass). Det er med andre ord uklart i hvilken grad Holsts utsagn innebærer at han sidestiller sykdom med symptom, og dermed gjør de to identiske.

Som vi ser, forholder 1700-tallets forfattere seg til begrepet om en skarphet i væskene (selv om Deegen uttrykker en viss distanse). I Zedlers universalleksikon defineres skarpt blod, eller *Sanguinis Acrimonia* slik: ”Scharffes Blut, dergleichen man im Scorbute, der Krätze, Venusseuche und dergleichen Krankheiten bemercket.“ Læren om skarpheter finnes ikke i de hippokratiske skrifter, men ble første gang introdusert i medisinen av Franciscus Sylvius (1641-1672), medisinprofessor i Leiden og regnet som grunnleggeren av den iatrokjemiske skole.³⁶³ Sylvius og van Helmont fremhevet gjæringsprosessen og de kjemiske reaksjoners betydning i alt levende. Salter var resultat av interaksjonen mellom syrer og baser, og et sunt legeme fikk man når det fant sted normale gjæringsprosesser i kroppen, uten tilstedeværelse av sure eller basiske salter. Arbeidet ikke fordøyelsessystemet riktig, ville maten råtne i kroppen slik den gjorde utenfor kroppen. Noen typer mat, som korn, grønnsaker og frukt, ble sure under disse omstendighetene, og resulterte i en sur skarphet i blodet. Dette kunne resultere i blemmer, sår og irritasjon av hjernen, og måtte korrigeres gjennom inntak av basiske preparater. Annen mat, som for eksempel visse animalske matvarer og noen grønnsaker, råtnet og resulterte i en basisk skarphet. Ofte ble det også supplert med kvalitetene: varm for den sure og kald for den basiske. Problemet var spørsmålet om hvor man skulle plassere skjorbuken: den var karakterisert av blemmer og sår, noe som tydet på en sur skarphet, men også stinkende ånde, noe som tydet på en basisk skarphet. Thomas Willis mente sykdommen kunne oppstå fra begge typer forhold i blodet: en sur eller alkalisk skarphet. For den første foreskrev han årelating og avkjølende medisiner, for den andre varmende

³⁶³ Om læren om skarpheten (*acrimoniae*) se Hermann Leich, "Franciscus Sylvius' Lehre von den Schärfe" (Doktoravhandling, Universität Tübingen, 1993).

medisiner.³⁶⁴ Dette systemet ble sementert med ”the great compiler”, iatromekanisten Boerhaave. I 1715 definerte Boerhaave skjørbuks proksimale årsak som en feilaktig sammensetning av blodet: serumet var for tynt, og for skarpt, mens blodets faste deler var for seigt og tykt.³⁶⁵ Mange av årsaksteoriene i radesyketekstene representerer en formidlet utgave av Boerhaaves teori om skjørbuken.

4.2. Radesykens sammenvirkende årsaker

Radesyken er altså for de fleste forfattere som her behandles karakterisert av en nærmeste årsak som skriver seg fra en særlig væskeblanding. Imidlertid er denne væskeblandingen, som vi har sett, primært definert ut fra de sammenvirkende årsaker som til sammen tilveiebringer den, og det er disse sammenvirkende årsakene jeg skal redegjøre for nedenfor. For enkelhets skyld slår vi her sammen Boerhaaves *causa predisponens* og *causa procatactica*, det vil si at det er de samlede sammenvirkende årsaker som her skal behandles. Det vil gå frem at det klassiske skjema om de seks ikke naturlige ting, i høyeste grad er tilstede, til tross for at termen ikke brukes i noen av disse avhandlingene. Men etter tur (dog ikke alltid i den klassiske rekkefølge) diskuteres elementene i den antikke diskurs: 1. den omgivende luft, 2. bevegelse og hvile, 3. søvn og våkenhet,³⁶⁶ 4. mat og drikke, 5. kroppens utsondringer og endelig 6. sinnsstemninger. Når det gjelder det 5. punkt er en liten presisjon imidlertid nødvendig: Mens det i antikke skrifter var en konsentrasjon om et mangfold av utsondringer, er det her én type som råder grunnen, nemlig spørsmålet om den umerkelige perspirasjon, som jeg skal komme nærmere tilbake til.³⁶⁷ I tillegg blir stoffet ordnet på en noe annen måte. Omtalen av klær og renslighet, som tidligere hadde blitt behandlet under avsnittet om luften,

³⁶⁴ James Lind, C. P. Stewart og Douglas Guthrie, *Lind's Treatise on Scurvy* (Edinburgh: Edinburgh University Press, 1953 [1753]), s. 292-3.

³⁶⁵ James Lind, Herman Boerhaave og Gerard van Swieten, *Traité du scorbut: divisé en trois parties: contenant des recherches sur la nature, les causes & la curation de cette maladie: avec un tableau chronologique & critique de tout ce qui a paru sur ce sujet* (Paris: Chez Ganeau, 1756).

³⁶⁶ Dette temaet blir kun sporadisk nevnt, nærmest som en pliktøvelse (se for eksempel Mangor), og jeg går derfor ikke nøyere inn på det i teksten under.

³⁶⁷ Dette spørsmålet skiller disse tekstene relativt tydelig fra de årsaker til skjørbuken som presenteres i det skriv det medisinske fakultetet på oppfordring fra kongen skrev på midten av 1600-tallet: "[S]let Diet af Brød af halvfordærvet Korn, af saltet, i Røg fortørred Kjød, harske Fiskespiser, Mangel paa vegetabilsk Næring, Mangel paa Bevægelse etc" Bortsett fra spørsmålet om den umerkelige perspirasjon, er det altså en frapperende likhet. Sitatet er hentet fra Mansa, *Bidrag til Folkesygdommenes og Sundhedspleiens Historie i Danmark*, s. 327. Det er sannsynlig at det er denne uttalelsen Møller refererer til i sin avhandling om radesyken på s. 201: han forteller her om et lite manuskript på to ark som "ved en Leilighed [er] falden mig i Hænderne", som etter kongelig befaling skal være forfattet av det medisinske fakultet. Etter årstallet, sier han, skal det ikke være mer enn 30 år gammelt, men han stusser over at ortografien er fra det forrige århundre. Men "hvorom Alting er, saa er Sygdommen med alle sine Tilfælde rigtig beskreven; Aarsagene vel opregnede; Levemaaden, saavidt den strækker sig, god; og altsammen grundet paa sande og rigtige Grunde (Principia), som dog ikke anføres".

ble i disse tekstene stort sett behandlet for seg. I de påfølgende avsnittene skal jeg gå gjennom de klassiske res non naturales, og til slutt skal spørsmålet om smitte få en særskilt behandling.

Luften angis som årsak av alle forfatterne bortsett fra Deegen. Nicolaus Arbo fremhever landets nordlige beliggenhet med dets fuktige luft og lange vintre, og beskriver også de geografiske forhold med mange fjell og vann. Både Møller, Arbo, Mangor, Pfefferkorn, Mülertz og Holst fremhever det kalde og fuktige klimaet i Norden som en av radesykens årsaker. Både Møller og Mangor legger til at dette forverres ved at de fattige fyrer for mye, slik at overgangen fra den varme stue til den kalde luft blir for stor. De har begge en forklaring på hvorfor denne luften er skadelig. Det skyldes at kulden og fuktigheten hindrer ”den umærkelige Uddunstning”,³⁶⁸ fordi kroppen når den blir kald krympes, slik at hudens porer lukkes. Men luften forårsaker ikke bare elendighet fordi utdunstningen hindres, den er i seg selv skadelig fordi den ofte består av urene og råtne dunster av forråtnede planter og dyr og stillestående vann. Alle forfatterne er enige om at urensligheten herjer i den norske allmue, til stor fare for dens helbred. Mangor påpeker dessuten hvordan tømmerhuggere og kystboere til stadighet er eksponert for vann sammen med kulde, som stenger til hudens porer og bereder grunnen for sykdommen. Han påpeker også hvordan sykdommen har tiltatt i perioder med uår. Dårlig, umodent korn, og billig kjøpekorn forklarer sykdommens økende utbredelse i uårene 1701, 1711, 1720 og 1740, påstår han. (Mangor s. 41). Disse faktorer forøker allmuens armød, og gjør derfor alle årsakene mer presente.

Flertallet av forfatterne vier også plass til grundige beskrivelser av det de oppfatter som uhorvelige tilstander i allmuens nærmeste omgivelser. For det første deres husvære. Ifølge Mangor er husene lave og fuktige, og trangboddhet, manglende utluftning og utøvelsen av mange funksjoner innen et rom preger deres tilværelse. Pfefferkorn gir et synopsis av beskrivelsene hos både Arbo, Mangor og Holst:

Sie wohnen, ihrer Viele beysammen, in kleinen, elenden, höchstunreinen, niedrigen Hütten, haben nur eine Stube, in welcher sich der Feuerheerd, aber ohne Schornstein, befindet, und wo die Fenster nicht geöffnet werden können. In dieser essen, trinken und schlafen sehr viele beisammen, die meisten ohne Betten, in ihrer sehr oft naßen Kleidung. In dergleichen Stuben trocknen sie ihre Kleider, ihre Fischergeräthe und übriges Fischergeräth, und salzen und bearbeiten hier ihre Fische, und diese Stuben machen sie denn meistens mit naßem Holz und Torf unerträglich heiß.³⁶⁹

For det andre dreier det seg om allmuens dårlige klesstell. Ullklær er ikke bra, tordner Mangor, og det at de nesten aldri vaskes gjør det enda verre. Bedre blir det ikke av at yttertøyet smøres med tran. Mange legger seg i senga med våte klær når de kommer fra fiske,

³⁶⁸ Om den umærkelige utdunstning se avsnittet om utsondringene neste side.

³⁶⁹ Pfefferkorn, *Ueber die norwegische Radesyge und Spedalskhed*, s. 30-31.

slik at legemet trekker det salte vann til seg, så blodet blir salt og skarpt. Eller de henger klærne opp i samme rom hvor de sover, med samme følge. Ullstrømpene de bærer krymper i vann og fører dermed til sammentrykning av bena (Mangor s. 35).

Bevegelse og hvile omtales noe forskjellig hos de ulike forfattere. Møller mener den norske allmue, især der det ikke drives åkerdyrking, har liten eller ingen legemsbevegelse, og fremhever dette som en viktig årsak til sykdommen. Mangor er også opptatt av hvordan de fattige strandboerne, som han mener er mest utsatt for sykdommen, under fisket må ligge stille i åpne båter på sjøen i kaldt vær med våte klær. Men for de andre fattige, som for tømmerhuggerne og de som driver vekselbruk, er det snarere slik, mener Mangor, at det er den manglende balansen mellom hvile og bevegelse som er skadelig. Snart arbeider de så sterkt at de svetter, og snart så lite at de fryser. (Mangor s. 38). Slik jeg viste tidligere mente Arbo at de fattige var så mye i bevegelse at dette i seg selv var grunnen til at sykdommen artet seg som radesyke, og ikke som skjørbuk.

Mat og drikke mener de fleste er den viktigste årsak til radesyken. Radesyken skyldes i stor grad inntak av slike levemidler som gir en uren, rå, grov og dårlig næringssaft (dvs det som suges opp av tarmen under fordøyelsen), sier Møller.³⁷⁰ Møller, Arbo, Mülertz og Mangor hevder alle at radesyken for en stor grad skyldes allmuens dårlige kost, og da i særdeleshet deres inntak av kjøtt og fisk som enten er for mye eller for lite saltet, slik at det blir halvråttent. Mülertz forklarer også hvorfor salt mat er skadelig: det lukker porene slik at den umerkelige utdunstningen hindres, og dermed holdes giftige stoffer tilbake. Slik mat forårsaker normalt det Mülertz kaller "den Kiøkkenssaltaktige Skarphed" eller saltflod.³⁷¹ Både Mülertz, Mangor, Pfefferkorn og Holst legger stor vekt på inntak av fet fisk, fet lever og innvoller.³⁷² De var ikke de første som hevdet at slik mat var farlig. Inntak av fordervet, saltet eller sykelig forandret fisk hadde spilt en viktig rolle gjennom tidene som sykdomsårsak i

³⁷⁰ Ifølge Møller brytes kjøtt og fisk ned ved forråtnelse og gir fra seg et flyktig alkalisk salt, som når det forenes med "de raadne og harske Deelee", blir et "sal volatile oleosum sylvii" (212), mens urter og grønt brytes ned ved gjæring og gir fra seg et surt salt. Sammen kan de balansere hverandre, og nærmest bli en "lægedom". Fisk er spesielt dårlig. Den har en olje og fedme, som gjør at den nesten aldri lar seg underkaste "Fordøielsens Kræfter", og "af alle slags Skarpheder er ingen saa anstikkende og saa ødelæggende" som den som forårsakes av fisk. Her har Møller en note til "Skjørbugets-Spedalskhed", som han refererer til at noen anser som forårsaket av fiskelever og -innvoller alene.

³⁷¹ For Mülertz er det dietten som utgjør hovedregisteret av årsaker i tillegg til landets strenge kulde, og han deler årsakene opp i henhold til det han mener er radesykens fem hovedtyper. Jeg har av hensyn til leseligheten ikke gjort noe forsøk på å skille dette i teksten over, så her kommer en presisering av Mülertz' standpunkt, tydelig derivert fra iatrokjemien: Den sure radesyke forårsakes av sur drikke og inntak av rått eller ugjæret mel, av sur drikke og av sure bær. Den salte radesyke derimot forårsakes av saltet kjøtt og fisk. Den alkaliske radesyke forårsakes av mangel på mat fra planteriket, mens den harske radesyke forårsakes av fettsyrens utvikling på grunn av for mye inntak av fisk.

³⁷² Mülertz mener inntak av fet fisk gjør at fete substanser skilles i deres bestanddeler og utvikler fettsyre, som er skarp, etsende eller bitende, og dermed forårsaker "den harske Skarphed".

forskjellige sykdommer, men særlig i forhold til spedalskheten. Galen fremhevet dette som en av de viktigste årsakene til *elephantiasis*, og samme type forklaringsmodell ble gjentatt av araberne og andre leger i middelalderen, og hos et flertall av legene på 1700-tallet.³⁷³ I radesykebøkene påpekes det at fisken ofte spises halvrått, fordi den saltes utilstrekkelig og for sent.³⁷⁴ Men kjøtt er heller ikke bra. Det er ofte for lite saltet og blir følgelig halvråttent. I likhet med fisken blir kjøttet og melkeproduktene også tranet, mener både Mangor og Holst, fordi dyrene får fiskeavfall i mangel av annet fôr. Spesielt ille er den mat som lages av mel som ikke har gjæret, det fremhever både Møller og Mülertz. For å vise at dette har skadelige virkninger tyr Møller nok en gang til et eksempel fra hverdagen. Når rått mel kokes med vann blir det til lim, klister, papp og stivelse, og noe slikt kan da ikke være bra for kroppen? Både Mangor, Holst og Arbo fremhever flatbrødet, som ifølge de to første også ofte er drøyet med fiskeben eller bark, og dermed ikke har den egenskap det må ha, nemlig å kunne bli surt i magen, og slik dempe harskheden av annen mat. (f.eks. Mangor s. 31, Holst 2005 s. 80). Møller, Arbo, Mangor, Mülertz og Holst mener i tillegg at allmuen spiser for lite grønt. I mangel av ordentlig kildevann drikker de dårlig brakkvann eller snøvann. Mülertz og Arbo legger skylden på sure og skarpe drikker, som for eksempel *blande* (blanding av sur melk og vann). Holst fremhever at allmuen drikker for lite øl av bra kvalitet, og nøyer seg med vann, noen ganger blandet med mel. Han konkluderer sin diskusjon av levemidler med å hevde at befolkningen inntar mat som er vanskelig å fordøye, knapt nærende og som frembringer en skadelig ”chylus”.

Utskillelsene. Mange av forfatterne knytter en særlig forbindelse til ”den usynlige utdunstning”, eller ”insensible perspiration” som det het på engelsk. Møller refererer her til den ”for denne Sags Skyld udødelige Sanctorius” (1561–1636), som var professor i Padua, og hans *Medicina Statica*. Galen hadde trodde at det forekom en kontinuerlig umerkelig perspirasjon fra kroppen, i tillegg til den merkbare svetten. I tidens kvantifiserende modus forsøkte Sanctorius å tallfeste den umerkelige perspirasjonen ved gjennom 30 år å veie seg selv, sin mat og drikke, og sine avfallsprodukter. Dette gjorde han ved å oppholde seg på et

³⁷³ August Hirsch, *Die Chronischen Infections- und Intoxications-Krankheiten, parasitäre Wundkrankheiten und chronische Ernährungs-Anomalieen vom historisch-geographischen Standpunkte und mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie*, bind 2, *Handbuch der historisch-geographischen Pathologie* (Stuttgart: Ferdinand Enke, 1883). For norske forhold se Georg Büchner i hans pro memoria om spedalskheten, der han skriver om fiskelever og fet fisk som usunn mat og medvirkende årsak til spedalskheten. Videre Petersen om den islandske skiørbug: de steder der både fisk og sur melk spises i overflod, er spedalskhetens sanne hjem. Se Petersen, *Den saa kaldede islandske Skiørbug*, s. 53-75. I Hans Strøms lille bok om spedalskheten sier han at den kommer av ”raa Luft og meget Fiske-Spiise, som fordærver Safterne og bringer dem i Forraadnelse”. Se Strøm, *Anmærkninger til Oplysning om den ved Søekysterne i Norge gængse Spedalskhed*, s. 3.

³⁷⁴ I disse passasjene kopierer Holst Mangor nesten ordrett.

plata som utgjorde en vekt, der han spiste, sov og arbeidet og oppholdt seg kontinuerlig bortsett fra når han var på reise. Han kom til at over halvparten av det normale vekttapet skyldes "insensible perspiration". For Møller er denne perspirasjonen "sundhedens største Grundstøtte og Sygdommens allerfrugtbareste Moder". Når utdunstningen hindres, svekkes også kroppens eget renovasjonssystem. Denne utdunstning består nemlig for det meste i vann, men også av "ureene, salte og skarpe Deele". Og når disse holdes innenfor kroppen ødelegges både de faste og de flytende deler av legemet. I tillegg til å vise til den vitenskapelige litteratur på dette feltet, appellerer han til den alminnelige erfaring av at svetten lukter vondt og har en salt smak, at klær som har vært båret i lang tid blir skitne, og at lange perioder uten kroppsvask leder til kløe. Alt dette skulle bevise at det som kommer ut av kroppen gjennom den umerkelige utdunstning er kroppens avfallsprodukter. Mangor fremhever også kulden og fuktighetens hemmende innvirkning på den usynlige utdunstning. Dette fører til at det skarpe blir tilbake i blodet. For Holst er den umerkelige utdunstning et uunngåelig element i radesykens årsaker, ja han uttrykker det faktisk så kraftig som at "etter min mening er en årsak tilstrekkelig bare når den makter å skade hudens særskilte funksjon, nemlig den umerkelige perspirasjonen."³⁷⁵ For ham blir alle de andre årsakene samlet i dette: nordmenns harde arbeid i fiskeriene, deres trangboddhet, deres dårlige hygiene – alt fører til at hudens porer tilstoppes, og perspirasjon således hindres. Den fremste skade de predisponerende årsaker medfører synes således å ligge i hudens svekkede funksjon.

Sinnsstemningene. Nedsatt sinnstemning er også en del av årsakene. Ifølge Møller fører et nedstemt gemytt til at de faste deler blir slappe og svake, mens saftenes omløp blir langsomt og matens fordøyelse går tregt (Møller s. 215). Mangor mener at den av sinnsbevegelsene som mest forårsaker radesyke er bekymring, "foraarsaget af de arme Strandsidderes Fattigdom og usle Tilstand."³⁷⁶ Han mener også at heftig vrede kan være en anledningsårsak til sykdommens utbrudd.

4.2.1 Smittsomhet og urenhet

Ordene smitte og smittsom finner vi flere steder i tekstene. Hva slags smitte refererer dette til?

På hvilken måte blir radesyken etablert som smittsom? Og hva la man i begrepet smitte på 1700-tallet? Når vi i dag tenker på smitte, tenker vi på overføring av et spesifikt agens,

³⁷⁵ Holst s. 71 (1817), her i norsk oversettelse (2005), s. 56.

³⁷⁶ Avsnittet her er verdt å sitere i sin helhet. Det fortsetter slik: "og denne [kummer] skulle vist virke meer, om ei mange af dem ved Armoden bleve saa følelsesløse, at de ingen Sorg eller Kummer føle derover; men disse føle ei heller den ringeste Attraa efter at stræbe fremad, og at forbedre deres Tilstand; en Virkning, som sætter dem neden for Menneskeligheden, ere meget sørgelig for den eftertæksomme Tilskuer, og bør være meget forførdelig for Øvrigheden." (Mangor s. 42).

vanligvis bakterie eller virus, som kan påvises i laboratoriet. Slik var det ikke på 1700-tallet. Smitte, infeksjon og miasme var alle begreper som på en eller annen måte betegnet overføring av sykdom. Disse begrepene var delvis overlappende og hadde alle en historie som kunne ledes tilbake til antikken. Over tid hadde deres betydning blitt akkumulert, uten at fortidens oppfatning ble fullstendig revidert, noe som gjorde at det knyttet seg et mangfold av forestillinger til disse begrepene.

Det latinske ord *infectio* betyr farging. Verbet *inficere* betyr å dyppe eller putte inn i noe (f.eks. et fargestoff); eller å blande med noe, særlig en gift; eller å farge noe i den betydning at det blir ødelagt. Termen *contagion* indikerer på tilsvarende måte en forurensning, særlig ved direkte kontakt. Det greske verb *miaino* er den greske motpart til det latinske *inficere*. Substantivet *miasma* betydde likeledes opprinnelig enhver forurensning.³⁷⁷ Minst to refleksjoner er verdt å knytte til dette. For det første konnoterer begrepene ikke bare til en medisinsk praksis. Disse ordene har vært i ustrakt bruk på en rekke områder. Begrepene har vært forbundet med praktiske erfaringer fra jordbruket, fra dyrehold, og fra teknologier som farging av klær og vinproduksjon. Analogien med farging av klær viste til prosessen som ble igangsatt når fargen kom i kontakt med vann. Vinproduksjonens fermentering var en annen analogi. En råttne frukt ble også ofte brukt som metafor, og det gjentas flere steder hos radesykeforfatterne. Forråtnelse spres fra en del av en frukt til resten av frukten, og videre fra en frukt til den neste dersom de kommer i berøring. Møller sier således: slik råtne ting bringer friske ting i sine omgivelser i forråtnelse svært raskt, slik kan også luften bidra til å forpeste omgivelsene.³⁷⁸ Alt dette var hverdagsfenomener som kontinuerlig demonstrerte hvordan en del kunne affisere et hele.

Ikke bare konnoterer disse begrepene til hverdagslivets praksiser, de har også alltid vært relatert til forestillinger om urenhet og forurensning. Ideer om smitte lar seg ikke skille fra fenomener som individuell moral, sosialt ansvar og kollektiv handling. Smitte har vært knyttet til en rekke forestillinger om synd, skyld og skam. Bibelen nevner pest og lepra som eksempler på sykdommer som straff fra Gud. Disse sykdommene har også i uminnelige tider

³⁷⁷ Owsei Temkin, "An Historical Analysis of the Concept of Infection," *Studies in Intellectual History*, (The Johns Hopkins Press, 1953).

³⁷⁸ Møller referer her til miasmeteorien. Den skriver seg fra de hippokratiske verkene, for eksempel *On the Nature of Man*, der man hører om dårlig luft som en faktor i sykdomsfrembringelsen, som indikerer korruperende elementer. Kilder til dårlig luft ble presisert som stagnerte myrer og dammer, damp fra råtne organismer, etc. Hvordan miasmen overførte sykdommer var ikke helt klart. Det ble tatt i bruk analogier i forhold til klesfarging, giftens virkninger, og ildens vekst, og råtne mat – hvordan en forandring i et medium sprer seg og affiserer et hele. I sykdomsårsaker eksternt til kroppen, var miasmer dominerende helt til langt utpå 1900-tallet, i Norge representert ved striden med Lochmann. Den latinske termen *infectio* har på mange måter mange av de samme konnotasjoner og lignende funksjoner i medisinske forklaringer. Se *Ibid*.

blitt ansett som urene. I Leviticus, kap. 13, vers 45, heter det: "Den som er blitt rammet av spedalskhet, skal gå med sønderrevne klær og med uflidd hår; han skal tildekke sitt skjegg og rope: Uren, uren!" I Homers *Iliaden* får vi høre hvordan pesten er Apollons straff etter at Agamemnon hadde bortført datteren til hans prest og hånet han da han prøvde å få henne tilbake: "Harmfull mot kongen sendte han vidt over leiren en herjende farsott, og folket segnet i døden til straff." Da Agamemnon fant ut hvorfor de hadde blitt utsatt for pesten, gav han bud om at "hele hans hær skulle renses. Alle tok bad, og det urene vann ble skyllet i havet. Deretter ofret de Foibos en lytefri festhekatombe, okser og gjeter i flokk langs stranden ved havet det golde".³⁷⁹

De urene sykdommene *per excellence* var lepra, gonoré, pest, epilepsi og etter det 15. århundre også venerisk sykdom. Alle hadde de et sterkt moralsk stigma. Forestillinger som at pesten er Guds vrede over menneskene, at lepra og venerisk sykdom er skitne, at galskap er en skam, er til en viss grad levende fremdeles i dag.

Smitte var i særlig grad knyttet til vond lukt.³⁸⁰ Man antok at sykdommer ble forårsaket av vond lukt fra slakterhus, fra syke personer, fra myrete landskap eller generelt fra dårlig luft. Den dårlige luften i særdeleshet ble kalt "virus". Siden vond lukt forårsaket sykdom, ville en god lukt eliminere den. Det var altså primært estetiske overlegninger som lå til grunn for denne luktteorien. Renhet hørte til estetikken, noe man for eksempel ser hos Francis Bacon, som omtalte renhet under overskriften *Cosmetic*.³⁸¹ I løpet av opplysningstiden beveger renheten seg over på medisinsens område, og appellen til helse ble nå et mektig handlingsmotiv.³⁸² Zedlers leksikon har, under omtalen av renhet, detaljerte diskusjoner omkring betydningen av renhet i Bibelen, men har ennå lite å tilføre med henblikk på verdslig renhet. Alan Corbain har påvist at det i annen halvdel av 1700-tallet fant sted en plutselig økt sensitivitet og kollektiv bekymring vedrørende lukt, som i siste instans endte i vår tids "deodorized environment". Mellom 1750 og 1850 var nesen og lukten underlagt en vitenskapelig og medisinsk rolle som er vanskelig å gripe i vår bakteriologiske æra. "Odors simply began to be more keenly smelled. It was as if the thresholds of tolerance had been

³⁷⁹ Homerus, *Iliaden*, overs. av Peder Østbye (Oslo: Aschehoug, 2002), sang 1, verselinje 313-16, s. 19.

³⁸⁰ I salernodiktene heter det: "Though all ill savours do not breed infection, yet sure infection commeth most by smelling." Sitert fra Temkin, "An Historical Analysis of the Concept of Infection," s. 132.

³⁸¹ "For cleanness, and the civil beauty of the Body was ever esteemed to proceed from a modesty of behaviour, and a due reverence in the first place towards God, whose creatures we are, then towards society, wherein we live; and then to our selves, whom we ought no less, nay much more to revere, than we do any others." (Bacon, "Of the advancement and proficiencie of learning," sitert fra *Ibid.*, s. 140.

³⁸² H. Fracastorius, *Contagion, Contagious Diseases and their Treatment*, overs. av Wilmer Cave Wright (New York: Putnam, 1930 [1546]), kap. 1, 2, 3 og 9. Jfr. Temkin, "An Historical Analysis of the Concept of Infection," s. 135.

abruptly lowered.”³⁸³ For Norbert Elias var den økende intoleransen overfor lukt, stank, skitt og søppel et vesentlig element i det han betegnet som sivilisasjonsprosessen.³⁸⁴ I radesykeavhandlingene spiller lukten en helt sentral rolle, og har blitt en medisinsk faktor. Lukten og skitten blir stadig tematisert blant radesykens årsaker. Eksempelvis påpeker Møller i et avsnitt at ”den stank, som findes i de fleestes Huuse, giver noksom tilkiende, at Luften deri er opfyldt med raadne Dunster, ofte af en talrig Familie og Tienstefolk, af raaden gammel Ost, Kiød, Fisk og andre Ureenligheder” (Møller s. 219). Og Mangor beskriver hvordan pasientene har ”saa stinkende Aande, at de kan opfylde heele Huuset med en næsten utaalelig Stank, hvori nok ogsaa deres stinkende Sved har meget Deel, deres Spyt er og stinkende og seyt” (Mangor s. 22).

Det er imidlertid en dobbelthet i disse forestillingene om urenhet i radesyketekstene. På den ene side posisjoneres urenhet og lukt som entydige årsaker til sykdommen, direkte eller indirekte. Holst påpeker hvordan ”røyk og andre urensligheter forpester de innestengte menneskene” i allmuens små stuer (Holst 2005 s. 61). ”Den fuktige dunsten” blir ”sugd opp av de åndende porene i huden, og på grunn av urensligheten påfører den kroppen skadelige materier” (Holst 2005 s. 58). Mangor fremhever hvordan folk som har råd til å la være, allikevel følger allmuens dårlige og urenslige skikker, og påpeker at de ”have ingen Følelse af Afsky for den Ureenlighed, som for det meeste regierer hos den fiskende Almue” (Mangor s. 36). Allmuen holder ikke sine stuer rene, og siden de vanligvis kun har ett sett med klær og dessuten ofte sover med dem om natten, blir de sjelden vasket. Han konkluderer: ”[D]en fugtighed og Qualme og Ureenlighed af alle disse Ting, maa endelig forderve Luften, og gjøre den usund til at indaandes af Folk.” Deegen hevder det er urensligheten så vel i bondens hus som i hans koppekar, klær og sengeklær med å ”befordre Besmittelsen”. Dette betyr også at man ikke skal pleie omgang med ukjente: ”Derfor er Legemets punktlige Reenholdelse saavel i almindelighed, som især for dem der ere nødsagede at omgaaes med mistænkelige og ubekjendte Folk i høy Grad at tilraae.” Deegen er opprørt over bøndernes skikk med å kysse og ta hverandre i hånden i utide: ”Det er en antagen Sædvane blant Bønderne, at de ret eftertrykkelig kysses naar de møde Hinanden eller da tage sig ogsaa frisk hinanden i Haanden, klemme sig ret hjertelig og holde sig saaledes en Tiid lang.” Dette hadde også blitt bemerkt tidligere i forbindelse med spedalskheden: Generaladmiral Gyldenløve skriver for eksempel i

³⁸³ Alain Corbin, *The Foul and the Fragrant: Odor and the French Social Imagination* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1986), s. 56. Karin Johannisson har vist hvordan lukten på 1800-tallet ble gjenstand for stadig mer avanserte teoretiseringer i den hensikt å forsøke å innlemme luktesansen i den medisinske tegngivningen. Se Johannisson, *Tecknen: läkaren och konsten att läsa kroppar*, s. 114-22.

³⁸⁴ Norbert Elias, *The Civilizing Process*, overs. av Edmund Jephcott (New York: Urizen Books, 1978 [1937]).

en beretning fra en reise i Norge, at "Landets Folk" tilskriver sykdommen "den liden Agtsomhed de friske har for at skye de, som ere besmittede med dette Onde."³⁸⁵

På den annen side fremfører flere av forfatterne, som vi skal se i neste avsnitt, det som et problem at allmuen så sent søker hjelp. Og grunnen til det er at sykdommen av allmuen holdes for "skammelig, ureen og liderlig Syge", som Arbo formulerer det (Arbo s. 126). Og et annet sted hos samme forfatter:

Men det er at beklage, at de fleste af saadanne Syge deals af Uvidenhed [...] deals af Frygt for at blive anseet for at være befængte med den veneriske Syge, med Flid søge at skiule Svagheden, og bruge allehaande Huusraad saa længe, til dette Onde tager saaledes til, at de ikke længere kunne skiule det, og altsaa nødes til at søge Hielp" (Arbo s. 42).

I Mangors *Land-apothek* heter det: "den forties saa længe af den almindelige Mand, der af en utidig Undseelse dølger den, i Tanke, at den er Franzoser, og derfor vanærende, og hvorved den ofte tager saadan Overhaand, at den bliver ulægelig".³⁸⁶ Denne skammen eller frykten blir også oppgitt som en årsak til at så mange skyr sykehusene: "Nogle skye Hospitalerne ogsaa af den Aarsag, at det ikke skal blive bekiendt, at de have været befængte med denne slemme Svaghed." (Arbo s. 127). På den ene siden har de altså en altfor tett omgang med hverandre, også med de syke, på den annen side hevdes det at sykdommen er så skammelig at de kvier seg for å vise den. Det dreier seg altså om en diskurs som forsøker å bekjempe stigmatiseringen av radesyken og dens ofre, men samtidig blir en slik frykt nærmest betraktet som noe naturlig, og dermed en mangel på frykt som unaturlig. En kollektiv frykt for stigmatisering blir nærmest et tegn på sivilisasjon.

Overføring av smitte utgjorde hendelser der en innflytelse ble økt på en eller annen måte. Når medisinhistorikere har sett på 1700-tallets smitteteorier har de ofte identifisert de smitteteorier som eksisterte med en spesiell form for overføringsteori, nemlig en form for mangfoldiggjøring som særtegnert levende organismer (bakterier, virus etc.). Det er ingenting som tyder på at dette er tilfelle hos 1700-tallets forfattere. Hva slags begrep om smitte er det da vi ser hos radesykeforfatterne?

Så godt som alle forfatterne etablerer radesyken som smittsom under visse betingelser, ikke under andre. Det er dette Margaret Pelling med et godt uttrykk har beskrevet som *contingent contagionism*, en teori som på 1800-tallet ble videreutviklet i arbeidene til Justus Liebig, som forsket på forholdet mellom forråtnelse og gjæring. Pellings poeng er at på 1700- og i første halvdel av 1800-tallet blir febrene konseptualisert på en smittsomhetsskala: på den

³⁸⁵ Gyldenløve, *Dag-Register over Hans Kongelige Mayestæts, Kong Friderich den Fierdes Reyse i Norge udi Aaret 1704*.

³⁸⁶ Mangor og Tode, *C.E. Mangors Land-Apothek*, s. 465.

ene siden av denne skalaen var de febre som ble oppfattet som fullkomment smittsomme, på den andre siden de som ikke ble oppfattet som smittsomme i det hele tatt. Ved slutten av 1700- tallet fant man således et spekter av infeksjonssykdommer. Dette spekterets ene ytterpunkt var kopper (smittsom fra person til person uavhengig av sted) mens det andre ytterpunktet var malaria (ikke smittsom fra person til person, erhvervet på spesielle steder). Mellom kopper og malaria fant man en rekke sykdommer som stort sett ble klassifisert som både smittsomme og ikke smittsomme på samme tid, og i radesyketekstene plasseres radesyken innenfor en slik horisont. Konseptet om smittsomme sykdommer, selv det relativt entydige kopper, innebar imidlertid ingen bakteriologisk spesifisitet, men samsvarte med samtidens observasjoner som knyttet dem til forråtnelse og forurensning som sykdomsfaktorer. Nytt på 1700-tallet var imidlertid allikevel en identifikasjon av forurensete miljøer – skip, soldatforlegninger, og sykehus – som steder der smittsomme former for sykdommer kunne få fotfeste, og påpekning av faktorer som ventilasjon og desinfeksjon, som man kunne ta i bruk for å forebygge konsentrasjonen som førte til smittsomhet.

Grunnen til at det var mulig å oppfatte sykdommene som både smittsomme og ikke-smittsomme, var blant annet at smittsomhet stort sett bare ble ansett som én blant flere årsaker. Som vi har sett, var smitte blant de utløsende årsaker Boerhaave påpekte i sin versjon av doktrinen om de seks ikke-naturlige ting, og som sådan kunne den ikke betraktes isolert fra de andre årsakene. Smitte blir da også i radesyketekstene stort sett behandlet sammen med de seks ikke-naturlige ting, og kan ikke forstås isolert fra andre årsaker. Som Mangor uttrykker det:

[F]uldkommen Radesyge, naar de træffe for een, som har Anlæg i Kroppen til Radesyge, det er, hvis Blod er skarpt af de her forhen beskrevne Aarsager; eller hvis Natur ei er stærk nok til at modstaae Smitten. Men derfor smittes ei lettelig den, som er frisk og stærk, og ordentlig i Mad og Drikke, som holder sig reenlig i Klæder, og hvor Huuset er reenligt og Luften god. (Mangor s. 44– 5).

Smitte er altså avhengig av at også de andre årsakene spiller inn, og blir således et relativt fenomen. Arbo svarer følgende på spørsmålet om hvorvidt radesyken er smittsom: ”Ja, det kan aldeles ikke nægtes, at den jo kan smitte, især paa Saadanne, som ere dertil prædisponerede.” (Arbo s. 26). Johannes Møller, på sin side, fremhever at sykdommen smitter: ”[n]aar den finder saadanne Legemer for sig, som ere beqvemme til at tage derimod, og som leve under saadanne Omstændigheder, som vilde gjøre, at de vilde blive angrebne af Sygdommen, om Smitten aldrig kom dertil”. Han legger riktignok lakonisk til: ”og saadanne ere, desværre, de fleeste Legemer i Norge.” Skulle det derimot finnes nordmenn som ikke var like mottagelige for smitten, ville den ikke smitte:

Men Falder Smitten derimod paa de Legemer, som ei ere saa bekvemme til at imodtage og overvindes af den, eller som ved et muntert Sind, en god Legemesbevægelse, en sund Diæt baade imodstaae smitten, og tillige udbringe den af Legemet, da smitter den ei. (Møller s. 216)

Mange av forfatterne refererer til erfaring som synes å ha vist at man har like mange eksempler på at radesyken er smittsom, som at den ikke er det.³⁸⁷ Mange av dem fremhever hvordan ektefolk hvorav en har hatt radesyke, har levd sammen i årevis uten at den andre ektefellen er blitt smittet. I Arbos ordelyd:

Men den smitter dog langt fra saa hastig og hæftigt, som andre smitsomme chroniske Svagheder, saasom Fnat, Skurv og den veneriske Syge. Man har Exempler paa, at Folk have levet i Ægteskab i mange Aar til sammen, da Konen har havt Radesygen, og dog ikke befængt Manden hermed, og saaledes vice versa. (Arbo s. 26).

De fleste konkluderer med at denne erfaringen skyldes at dersom det skal forekomme smitte må vedkommende være predisponert, det vil si legemet må ha blitt mottagelig etter å ha utsatt seg for en av de årsaker som skader kroppen.³⁸⁸ Legemer kan imidlertid ”blive angrebne af Sygdommen, om Smitten aldrig kom dertil”, hevder Møller. (Møller s. 216). Sykdommen kan altså forekomme uten at smitten har vært mellomledd. På den annen side kan legemer som ikke er arvelig belastet, har en sunn diett og levemåte, bli eksponert for smitten uten å utvikle sykdommen. Slik, mener Møller, ”kunne de hinanden modstridende Erfaringer ganske vel foreenes.”³⁸⁹ (Møller s. 217). De som nekter for at sykdommen er smittsom, hevder Holst, har glemte å tenke på at det nesten ikke er noen sykdom som ikke kan spres til en annen etter at den har utviklet seg. Også han fremhever imidlertid at den enkelte må være mottagelig for sykdommen. For Mangor og Mülertz er smittsomheten begrenset til type. Mülertz hevder at det kun er den harske typen av radesyke som er smittsom, mens Mangor påstår at sykdommen ikke smitter i de to første stadiene. For de andre stadiene er smittsomheten derimot ”en meget vigtig Aarsag til Sygens Udbredelse” (Mangor s. 43). Han utlegger også smitemåtene for denne sykdommen: Den smitter ved at man sover sammen, ved fødsel, ved å drikke av samme kar, ved å røyke av annens pipe, ved å bruke samme sengetøy som en syk, og ved å bære klær som en syk har hatt på kroppen. Omvendt er det ikke slik at dersom mange får sykdommen, betyr det at den nødvendigvis er smittsom. Arbo nevner for eksempel at

man har undertiden i en og anden Egn fundet et heelt Kirkesogn, i hvilket næsten alle folk have havt noget, meer og mindre, af Svagheden, og saadant synes ikke saa meget at foraarsages af Besmittelse, som meget mer af de

³⁸⁷ Se for eksempel Holst 1817 s. 99, Mangor s. 43, Møller s. 215 f., Arbo s. 26.

³⁸⁸ Den smitter altså de ”hvis Blod er skarpt af de her forhen beskrevne Aarsager.” Mangor, *Underretning om Radesygens Kiendetegn, Aarsager og Helbredelse*, s. 43., og ”især på sådanne, som ere dertil prædisponerede”; Arbo, *Afhandling om Radesygen eller Salt-Flod*, s. 26. ”Denn übrigens gesunde und starke Leute werden von der Radesyge nicht angesteckt.” Pfefferkorn, *Ueber die norwegische Radesyge und Spedalskhed*, s. 32.

³⁸⁹ Møller, *Forsøg i det som angaaer det Norske Folks Sundhed*, s. 217. Se for dette poenget også Holst og Lie (red.), *Hva er sykdommen som kalles Radesyge*, s. 99.

almindelige Aarsager, der kan frembringe Svagheden, og som paa saadanne Steder til den Tid kan være mer almindelige og meer virksomme end i andre Egne. (Arbo s. 26)

Spørsmålet om smitte faller ofte litt på siden av den generelle diskusjonen. Arbo behandler for eksempel ikke spørsmålet om smitte under kapitlet om årsaker, men derimot under kapitlet om radesykens kjennetegn. Holst drøfter i et eget avsnitt hvorvidt radesyken er smittsom, etter at han er ferdig med å behandle de andre årsakene.

De fleste av radesykeforfatterne forfektet altså en relativ smittsomhet. Radesyken smitter hvis og bare hvis legemet allerede er predisponert av de andre årsaker. Og dessuten antar de at smitten ved disse anledningene bare opptrer som en utløsende årsak. Smitten er ikke del av definisjonen på sykdommen, mer enn den dårlige dietten er det. Den bare utløser en situasjon som i siste instans kan føre til en uorden i væskene og en kroppslig dysfunksjon.

Hendrik Deegen inntar en særstilling ved å hevde at sykdomsårsaken er en venerisk besmittelse alene. Ikke desto mindre følger han flere aspekter ved denne tradisjonen. Han hevder for eksempel at ”betydelige Feil i Levemaaden ikke alleene kunde befordre dens [radesykens] hastigere Udbrud og Fremgang; men derved kunde endog Legemet meddeles en større Nemhed til at lade sig besmitte.” Allmuens frie og utvungne omgang gjør også at sykdommen spres lettere, fordi utdunstningene inneholder en stor del av den giftige materie, som dermed går rett inn i det ubefengte legeme. I tillegg har de ofte en diett som gjør legemet sårbart for besmittelsen. Det samme skjer ved høyt inntak av brennevin, som mange forfaller til (Deegen s. 20). Det er altså slik at levemåten ikke bare påvirker selve overføringen av smitten, men også gjør legemet mer eller mindre mottagelig for den. Så langt tilsvarende Deegens omtale de andre radesyketekstene. Allikevel skiller Deegens tekst seg avgjørende fra de andre forfatterne vedrørende spørsmålet om smitte. Allerede på de første sidene hevder han bestemt at radesykens årsak verken ligger i levemåten, luften, eller i uordentlig anvendelse av ”de saa kaldede res non naturales”, eller av ”visse konstellationer eller andre Urimeligheder”, men i en ”Besmittelse af venerisk Natur”. Han tar i et annet avsnitt ganske skarp avstand fra alle som har ment å påvise at radesyken skulle skyldes levemåten eller ”andre Urimeligheder”. Radesyken skyldes smitte, og derfor er det slik, at ”hverken Alder, Kiøn eller Stand kunde være sikker for den Fare at blive besmittet deraf.” Som den franske kongelige livlege Jean Astruc hevdet i det monumentale verket *de morbis Venereis* fra 1736, mener Deegen her at sykdommen er forårsaket av et unikt og spesifikt *virus venereum*. Han refererer imidlertid ikke til den omfattende debatten som preget den annen halvdel av 1700-tallet, om enheten av den sykdom som ble kalt morbis venereis. I økende grad begynte venerisk sykdom å bli omtalt i flertall – som morbi venerei, og sykdommer som tidligere var omtalt under

betegnelsen kalt lues venerea (for eksempel gonoré og chanker) ble gitt særlige navn. Dette er det ingen spor av i Deegens tekst. Hva slags smitte er det så han har i tankene her?

Radesygen har alltid en foregaaende Besmittelse til Aarsag, aldrig oprinder den som af sig selv, nej til dens Frembringelse maae absolut en besmittende Spiire være overgaaet fra det ene Legemet i det andet, og dertil behøves fra begge Siider ikkun en beqvem Materie til Vehiculo, hvormed den besmittende Spiire kunde overføres fra et sygt Legeme i et sunt [sic!]. (Deegen s. 4-5)

Deegens begrep om Spiire er nok det som tilsvarende det engelske "seed". Det dreier seg om fenomener som var usynlig for 1700-tallets lege. Analogien om en spire eller såkorn har tre dimensjoner. Det innebærer at objektet man omtaler er en levende størrelse, at det i sin opprinnelse er veldig lite, og at det har evne til å vokse.³⁹⁰ Analogien ble brukt allerede av Galen. Renessanselegen Fracastoros skrift *De contagione, contagiosis morbis et eorum curatione libri III* definerte smitte som en korrupsjon, som spredde seg fra en ting til en annen,³⁹¹ og Anton van Leeuwenhoek påviste såkalte "animaliculi" ved mikroskopet midt på 1600-tallet. På 1700-tallet spredte Lady Mary Wortley Montagu teknikken om inokulasjon av kopper fra Midt-Østen til Vest-Europa. Men selv om inokulasjonspraksisen og senere vaksinasjonen ble viktige elementer i den forebyggende medisin, fikk teoriene om de rene smittsomme sykdommene aldri noe stort nedslag i den medisinske litteraturen før medisinhistorikerne etablerte sin kanondannelse med jakt på pionerer innen bakteriologien.

Hvilken form for smittsomhet er det snakk om her? Deegen omtaler den sykelige materie som en gift, som altså kan overføres mellom legemer. Det var på ingen måte tale om noen levende materie som var i stand til å mangfoldiggjøre seg selv. Ei heller sier Deegen noe om at denne giften er særegen for radesyken. Giften, eller "den befængende Materie" får ved urensligheten "frihed" til å "anhænge" seg overalt, så vel på spise og drikkekar, på sengeklær, som på legemet selv. Der kan den da uten hinder blir sittende inntil den ved anledning kan "snige" seg inn i legemet og der foranstalte "Befængelsen". (Deegen s. 23). Radesyken kan spres ved at man tar hverandre i hånden, og da er det utdunstningen, som vi kjenner fra forrige avsnitt, som står sentralt. Ifølge Deegen inneholder den umerkelige utdunstning nemlig også smittestoffet. Dette gjør også at dersom man sover i samme seng er det stor fare for å bli smittet. Da dreier det seg om hvordan "deres nøgne Legemer sommetider berøre hindanden, og paa denne Maade overføres Giften ved de besmittede Uddunstninger medens de endda ere varme og følgelig i en høy Grad fængende fra den Syges Legeme i den

³⁹⁰ For dette og det følgende, se Nutton, "The Seeds of Disease."

³⁹¹ Fracastoro var lenge hyllet som bakteriologiens far, på samme måte som Vesalius var det for anatomien og Harvey for fysiologien. Charles og Dorothea Singer påviste imidlertid tidlig at Fracastoro viderefører tidligere doktriner, og modifiserer og utvider eldre, klassiske ideer. Først og fremst var det hentet fra Lucretiansk atomisme. Hans teorier fikk heller ingen åpenbare følger for behandlingen av de syke.

Sundes.” Han presiserer at dette riktignok skjer lettest når den friske i forveien har svettet sterkt og deretter blir kald; da trekker nemlig de såkalte utdunstningskar (vasa exhalentia (arterier)) seg sammen, mens de ”inn-dunstende” (vasa inhalentia (vener)) kar igjen åpner seg. Hvis den syke samtidig vedblir sin fulle ”utdunstning” blir den ”befængende Materie” overført i det friske legeme og forårsaker slik besmittelsen.

Deegens posisjon skriver seg nok i stor grad fra hans oppfatning av radesykens natur. Som den eneste av disse radesykeforfatterne etablerer han radesyken som en venerisk sykdom. Sammen med kopper var venerisk sykdom på den tiden en av de få eksemplene på en sykdom man tilla en nærmest fullkommen smittsom genese.³⁹² Fra et dansk opplysningsskrift om den veneriske sykdom heter det eksempelvis: "[D]en veneriske Smitte avles aldrig af sig selv i Legemet, men kommer alltid ved den udvortes Smitte af et andet Legeme."³⁹³ Det er imidlertid verdt å merke seg at Deegens uttalelser om den veneriske sykdom ikke nødvendigvis inneholder en teori om venerisk genese. Omtalen av hvordan besmittelsen skjer via utdunstningen tyder på at det i hvert fall ikke er en strikt venerisk genese han har i tankene. I en bok fra omtrent samme tid med det umiskjennelige navnet *Lægen i Venus' Tempel* ser vi imidlertid at den veneriske smitte er knyttet til besmittelse på ”et vist sted”: ”[D]er udfordres da nødvendig til den veneriske Anstikkelse, at den edderaktige Slim, i hvilken Giften er indhyllet og uden hvilken den er ganske uvirksom, umiddelbar og lenge berører et vist Sted paa Legemet; thi en let og kort Berørelse smitter sjelden.”³⁹⁴ Helt til sist i omtalen av radesykens smittsomhet har Deegen gjemt sin omtale av den veneriske smitte: Nærmest i en bisetning omtaler han den kjønnslige omgang:

Jeg vil her ikke engang tale om, hva to Personer af forskiellig Kiøn, hvoraf den ene er smittet og den anden ikke, under den nøyagtigere Omgang have at befrygte af hinanden: eller hva de Folk som under disse Omstændigheder gifte sig med hverandre, drage for forskrækkelige Følger baade paa sig selv og deres ulykkelige Afkom; thi her kunde man mueligens finde en af hoved Kilderne hvoraf denne slemme Sygdom tager for størstedelen sin Oprindelse og hvorved den sædvanligst forplanter sig. (Deegen s. 24-25)

I eufemistiske vendinger hevder han altså, som den eneste, at radesyken (også) smitter seksuelt.

4.2.2. Skyldes radesyken fattigdom?

Vi har sett at Mangor påpekte kostens sentrale betydning i forårsakelsen av radesyken. Han konstaterer at i enkelte tilfeller skyldes det fattigdom, ”og dem maae man noget undskylde; de

³⁹² Den ble altså lokalisert langt til venstre på M. Pellings smittsomhetsskala, som jeg omtalte ovenfor.

³⁹³ Hock, *Kundskab om alle slags veneriske Tilfælde og deres fortrinligste Lægemidler*, s. 7.

³⁹⁴ *Æskulap, eller Lægen i Venus Tempel: en Nød- og Hjelpebog for Glædespiger og deres Kunder*, (København: J.M. Stadthagens Forlag 1799), s. 37. Venus tempel var, som navnet vel kan vise til, anvendt om bordeller.

maae spise, hvad de kan faae” (Mangor s. 28). Han avslutter kapitlet om levemåten ved å si: ”Man vil vel svare, at Fattigdom er Aarsag til alt dette; men endog de, som ei ere fattige, handle saaledes som her er sagt, i det de anskaffe sig ei Linned nok, og ere alt for lidet reenlige i deres Klæder, især om de har været blant Folk, som man kalder det, men stedse levet blant dem, de er opdragne hos.” (Mangor s. 35-6).

Hva er det Mangor forsøker å gjøre her? Han etablerer den dårlige levemåten primært som et spørsmål om vaner, altså som et individuelt eller kulturelt problem, og ikke som et strukturelt problem. Det er ikke bare fordi de ikke har råd til å handle annerledes at de fører en så helseskadelig levemåte; også de som har råd til å leve annerledes fører en dårlig diett, er urenslige, og lever i trange boliger. Hvis disse siste hadde oppholdt seg ”blant Folk” ville det kanskje ha stilt seg annerledes. Men de lever blant mennesker, som ingen ”Følelse [have] af Afsky for den Urenlighed” som for det meste hersker hos den fiskende allmue. (Mangor s. 35– 36). Stedvis godtar han imidlertid fattigdommen som et reelt problem, idet bekymringen som deres ”arme Fattigdom og usle Tilstand” avstedkommer kan være en årsak til radesyken (Mangor s. 42). Han anfører også kostnadene for de enkelte medikamenter i kapitlet om behandling, og anbefaler alternative og billigere behandlingsmåter for de som har få midler.

Avslutningsvis finner han det imidlertid på sin plass å understreke at han ikke har til hensikt å gjøre luksusdyr av de fattige: ”[I]ngen troe, at jeg ønsker at faae den stærke norske Almue kælen i Mad, Klæder, eller nogen Ting, ved at forestille ham alt dette, som skadeligt i hans hidtil førte Levemaade; ingenlunde!”

4.3. Avsluttende merknader

Radesykens årsaker er mange. Med unntak av hos Deegen, fremstilles etiologien til radesyke som multikausal. Vi har sett at årsaksbegrepene i disse bøkene er knyttet til 1700-tallets årsaksbegrep, spesielt slik de ble utformet av Herman Boerhaave i begynnelsen av århundret. Unntaket er Holsts avhandling, hvor den proksimale årsak har forsvunnet ut. Fordi sykdom hos ham identifiseres med dens ”tilfælder”, blir ideen om den nærmeste årsak tautologisk fordi den forutsatte tanken om årsak som definisjon på sykdom. Når det gjelder Deegen, gjenstår det å understreke at hans fremlegging av årsakene selvsagt er nært knyttet til hvilken sykdom han etablerer dette som. Hvordan hans årsaksfremlegging hadde vært dersom han også hadde oppfattet dette som skjørbuk eller en av de andre sykdommene på den andre siden av smittsomhetsskalaen, vil vi aldri få vite. Men det gjør ham ikke nødvendigvis til en mann med en unik observasjonsevne, som Boeck fremstiller han som. Faktisk er det ikke så mye

ved hans tekst som tilsier at han er noen mer nøyaktig iakttager enn alle de andre, tvert imot fremgår det langt mer detaljerte empiriske beskrivelser i de andre tekstene.

På dette punkt er det på sin plass å trekke inn en sammenligning med 1700-tallets teori om skjørbukens årsaker, siden de fleste av disse forfatterne på ulikt vis forholder seg til den. Boerhaave hadde tidlig i århundret ment at den høye forekomst av skjørbuk i Holland skyldtes landets fuktige, kalde klima og at folk var inaktive innendørs i rom som hadde fliser på gulvene.³⁹⁵ Carl Gustav Linné hevdet også at skjørbuk forekom oftere i kaldt enn i varmt klima, og at skjørbukens nærmeste årsak fantes i dietetiske og ytre forhold. Den kalde luften gjorde at kroppens væsker ble mer mottagelige for dannelsen av salte bestanddeler, mens kroppens faste deler ble for stive og rigide. Ved fuktig luft ble porene lukket, og den umerkelige utdunstingen ble hindret. Mye saltholdig føde virket oppløsende på blodet og det som holdt sammen de faste delene, hevdet Linné. Om slik føde ble inntatt i større mengder, hadde den en fortærende virkning (vis ejus abstergens in corrodentem mutatur). Bevegelse var svært viktig, idet den økte væskenes bevegelse, forhøyet kroppsvarmen og lettet utdunstingen gjennom huden. Slik bevirket den utdrivelsen av blodets skarpe, saltaktige og andre skadelige partikler. Det fuktige kalde klima, hindringen av den umerkelige utdunstning, saltholdig føde og inaktivitet (hos fiskerne) lyder forunderlig kjent: radesyken trer her inn i en samtidig diskurs vedrørende skjørbuk.

Men hvilken radesyke er det som trer frem gjennom disse beskrivelsene av radesykens årsaker? Det er først og fremst sykdom som knytter forbindelser mot omverdenen. Radesyken er uløselig knyttet til landsbygda i Norge, til de fattige små stuer med ett rom, til våte klær som aldri tørkes, til et hardt liv på sjøen, til råttne fisk og stillestående luft. I særlig grad knyttes det forbindelser mellom radesyken og urenheten. I sin tur formidles radesyken tilbake til sine omgivelser – med stank, urenhet, og svette fra de usynlige porene. Slik Starobinski beskrev kroppen som åpnet seg mot omverdenen i Montaignes samtid.³⁹⁶

5. Radesykens behandling

I utgangspunktet er det nærliggende å anta at den anbefalte behandling av radesyken avhenger av hvilken årsaksforklaring man legger til grunn. Som det vil fremgå nedenfor er dette

³⁹⁵ Herman Boerhaave og J. Delacoste, *Boerhaave's Aphorisms: Concerning the Knowledge and Cure of Diseases* (London: W. and J. Innys, 1724), s. 313-21.

³⁹⁶ Jean Starobinski, *Montaigne in Motion* (Chicago: University of Chicago Press, 1985 [1982]).

imidlertid i overraskende liten grad tilfelle. I stedet er disse tekstene i utpreget grad karakterisert av en individualisert tilnærming.

Uten at man først har gitt en oversikt over den bredere medisinske debatt i samtiden gir en detaljert analyse av foreskrevet medisinsk behandling for radesyke liten mening. Dette er også gjenspeilet i den følgende diskusjonens struktur. Etter først å ha gått gjennom den samtidige medisinske debatt og teori, går kapitlet på generell basis gjennom foreskrevet ikke-medikamentell og medisinsk behandling. Jeg avslutter kapitlet med en nærmere gjennomgang av Møller, Mulertz, Arbo, Mangor og Deegens perspektiver på behandlingen av radesyken. Disse forfatterne reflekterer et sett av generelle trender innen samtidens internasjonale medisinske teoretiske og terapeutiske debatt.

1700-tallets medisin var preget av stort mangfold. Galen var ikke lenger den store autoriteten, men ingen hadde egentlig tatt hans plass, selv om det ikke skortet på forsøk på å utforme nye systemer. Å snakke om én medisinsk teori på 1700-tallet gir derfor ingen mening. "Every man became his own authority, and there was a proliferation of people offering new medical systems,"³⁹⁷ sier Roger French og Andrew Cunningham i sitt forord til en antologi om den medisinske opplysning på 1700-tallet. Dersom denne periodens medisin skal tilkjennes et generelt kjennetegn må det være at den er eklektisk – og at den utgjør et paradigme der tilsynelatende uforenlige tradisjoner kan leve side om side. Når det er sagt, er det allikevel mulig å trekke frem noen fellesnevner ved denne periodens medisin

Det hersket bred konsensus vedrørende betydningen av det individuelle temperament. Dette ble riktignok ikke lenger strengt definert i galenske termer som melankolske, koleriske, sangvinske eller flegmatiske, men var fremdeles viktig når man skulle bestemme et gitt individs medisinske predisposisjon og hvordan man skulle innrette den eventuelle behandling.

Nesten uten unntak forholdt 1700-tallets medisinerere seg på en eller annen måte til den "nye hippokratismen", som innebar en ny oppmerksomhet omkring de fysiske omgivelseres konsekvenser for helse og sykdom. Det dreide seg om en hippokratisme i den grad disse medisinerne grep tilbake til Hippokrates' skrifter, særlig teksten "On Airs, Waters, Places" og fokuserte på hvilken effekt klimatiske og miljømessige faktorer hadde på forhold som sykdomsmønstre på forskjellige steder. Samtidig gikk samtidens medisin utover Hippokrates i det de ikke bare fokuserte på omgivelsenes kvalitet, men også på kvantitative faktorer.³⁹⁸ I

³⁹⁷ Roger French og Andrew Cunningham, *The Medical Enlightenment of the Eighteenth Century* (Cambridge: Cambridge University Press, 1990), s. 2.

³⁹⁸ Se James C. Riley, *The Eighteenth-Century Campaign to Avoid Disease* (New York: St. Martin's Press, 1987). I en norsk kontekst ser vi for dette særlig temperaturmålingene til Jacob Nicolaj Wilse, se Marie-Theres

tillegg ble Hippokrates, i motsetning til Galen, ansett som antikkens representant for den moderne vitenskap. Der Hippokrates representerte erfaringens primat, ble Galen assosiert med stivbent rasjonalisme, aristotelisk naturfilosofi og en prinsipptenkning som i stigende grad hadde mistet sin kredibilitet. Boerhaave fulgte også denne heroiseringen av en "ren" Hippokrates, mens Galen ifølge Boerhaave hadde gjort mer skade enn gagn.³⁹⁹

Den kanskje viktigste fellesnevner besto imidlertid i referansen til en annen side av den antikke arven – betydningen av likevekt. Likevekt var helsens mål, sykdom var forstått som ubalanse, og behandling gikk ut på å gjenopprette likevekt. Humoralmedisinen var fremdeles viktig, selv om Galen ikke lenger inntok tronen blant de medisinske lærde.⁴⁰⁰ Siden sykdom var ansett som manglende likevekt, handlet det meste av den medisinske behandlingen om å gjenopprette denne likevekten, den var altså ikke rettet mot noen spesifikk sykdomsenhet. En slik behandlingsmåte var derfor på en og samme tid i høyeste grad individualistisk, fordi hver person og hver kroppsdel hadde sin egen naturlige kroppssammensetning og dermed sin unike likevekt, og universell, fordi variasjonsskalaen var begrenset og noen av de samme fenomenene kunne observeres i flere individer. Helsens naturlige likevekt var alltid sårbar, fordi den i høyeste grad var influert av faktorer som diett, livsstil og miljø. Dersom man kunne avdekke den likevekt som tilhørte et bestemt individ, satt man med nøkkelen ikke bare til reetableringen av den opprinnelige helsetilstanden, men man kunne også sørge for å holde kroppen frisk i fremtiden. Profylakse var derfor like viktig som behandling.

Helt vesentlig innenfor denne konteksten var tanken om naturens helbredende kraft.⁴⁰¹ I de hippokratiske tekstene gjentas det gang på gang at legene primært utgjorde naturens hjelpende hånd. Sykdom er ikke bare en lidelse, men også kroppens eget forsøk på å gjenopprette likevekt i kroppen. I de hippokratiske skriftene er helbredelse altså i det alt overveiende naturens verk. Kroppen har en indre evne til å gjenopprette den naturlige,

Federhofer, "Wetterzeichen. Zum meteorologischen Kodierungsverfahren Jacob Nicolaj Wilses (1735-1801)," *Cardanus. Jahrbuch für Wissenschaftsgeschichte* 2 (2001): 13-29.

³⁹⁹ "For the new Hippocratism at its origins, then, 'Hippocrates' was a spirit and a method rather than a body of doctrine", sier Wesley Smith Wesley D. Smith, *The Hippocratic Tradition, Cornell publications in the history of science* (Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 1979), s. 20.

⁴⁰⁰ Harold Cook argumenterer riktignok for at den profylaktiske og terapeutiske bruk av årelating og diettikk ble problematisert etter at de fysiologiske og anatomiske teorier i økende grad ble angrepet på 1600-tallet; Harold Cook, "Physical methods", i W. F. Bynum og Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (New York: Routledge, 1993) s. 949. Hans viktigste eksempel er iatrokjemien; van Helmont for eksempel, avviste ideen om at overskudd av blod kunne skape sykdom, siden han anså blod identisk med de vitale krefter: etter hans mening ville de med mye blod være sterkere enn andre, ikke svakere. Radesyketekstene viser, som vi skal se, et annet bilde, og selv om ikke årelatning står så sentralt her, står diettikken helt sentralt.

⁴⁰¹ Om forestillingen om naturens helende kraft, se Max Neuburger, *Die Lehre von der Heilkraft der Natur im Wandel der Zeiten* (Stuttgart: Enke, 1926); Max Neuburger, "An historical survey of the concept of nature from a medical viewpoint," *Isis* 35, no. 1 (1944): 16-28.

delikate balansen som helsen utgjør. Legekunsten bestod følgelig i å vite når og hvor mye legen skulle hjelpe – og ikke minst når han skulle stoppe. Naturen er sykdommenes lege, sa Galen. Hun er den første som eliminerer sykdommer, enten ved dyp svette, eller ved å kvitte seg med sykelige væsker gjennom avføring eller urin. Kroppen gjorde svært ofte deler av jobben selv; blant annet kvittet den seg ofte på egen hånd med overskudd av dårlig væske. Menstruasjonsblødninger, hemorroidalblødninger og neseblødninger førte alle til naturlig helbredelse. Mens naturen eller *physis* i de hippokratiske skrifter er overveiende materiell, blir naturen hos Galen tilkjent en egen kraft. De samme kreftene som under normale betingelser brukes for å opprettholde livet og promotere vekst og næring, blir i sykdom brukt for å motvirke funksjonelle forstyrrelser og gjenetablere helse. Legen må forsøke å støtte denne naturens helende kraft, og særlig må han hjelpe de naturkrefter som tar sikte på å avstøte sykdomsmaterialet (*materia peccans*). Forestillingen om naturens helende kraft (*vis medicatrix naturae*) hadde fremdeles stor innflytelse på 1700-tallet, selv om tolkningene av hva slags karakter denne naturen hadde var gjenstand for omfattende diskusjoner.⁴⁰² I en dansk-norsk kontekst ser vi prinsippet om naturens helbredende krefter i Heinrich Callisens kirurgiske system fra 1788. Ifølge Callisen kan sykdommer helbredes på to måter: Enten gjennom at naturens egne helbredende krefter (*heilkräfte*) kommer pasienten til hjelp og forårsaker tilfriskning, eller ved at legekunsten hjelper naturen til helbredelse:

[I]ndem man den Kräften der Natur zu Hülfe kommet, sie, wenn sie allzu stark sind, mässiget, wenn sie eine unrechte Richtung nehmen, verbessert, wenn sie mit Hindernissen zu kämpfen haben, von diesen befreyet, oder wenn es die Nothwendigkeit erfordert, neue Wege eröffnet: alles dies geschieht Mittels der Hand, Instrumente oder Heilmittel.⁴⁰³

Naturbegrepet står her helt sentralt, men hva slags natur er det han forholder seg til? Det er ikke tale om vårt begrep om natur som noe ytre, passivt, uten egenkrefter som objektivt kan observeres. "Natur" ble fremdeles konseptualisert i Aristoteliske termer som vesensnatur, en indre kraft: den var en norm. Den menneskelige kropps natur har, ifølge Callisen, som oppgave å opprettholde væskenes likevekt innenfor det enkelte individ, og hindre at den forstyrres. Sykdommens natur var derimot å ødelegge denne likevekten. Hvis balansen mellom væskene ble forrykket, forsøkte kroppen å gjenopprette sin "naturlige" tilstand. Var kroppen ikke i stand til selv å gjenopprette likevekten, skyldtes det at sykdommens natur var

⁴⁰² Selv om de fleste var enige om naturens helende kraft, pågikk det en bred diskusjon rundt hvilken karakter denne naturen hadde, med utgangspunkt i vitalisme/mekanisme-distinksjonen. En mann som Hieronymus Gaub, som skrev sitt verk rundt midten av århundret, beskrev imidlertid diskusjonene vedrørende prinsippet bak denne kraften (sjel vs. legeme) som rent ordkløveri. Avgjørende var de faktorene legen kunne observere, at naturen selv bevirket helbredelse. Se f.eks. Hieronymus David Gaub, *Institutiones pathologiae medicinalis* (Edinburg: A. Donaldson 1762 [1750]).

⁴⁰³ Callisen, *System der neuern Wundarzneynkunst*, § 18.

for sterk. I så tilfelle måtte legen komme kroppens egen natur til hjelp i helbredelsen. Hovedprinsippet i behandlingen var altså å hjelpe naturens iboende helende kraft. Til hjelp for legen var det således å observere hvordan kroppsnaturen kjempet mot sykdomsnaturen – de spontane sykdomsprosessene indikerte hvordan man skulle gå frem i terapeutisk praksis. Ulike spontane blødninger kunne for eksempel tyde på et generelt overskudd av en av kroppsvæskene, mens sårutvikling i huden var tegn på at kroppen forsøkte å kvitte seg med skadelig materie den ikke greide å avhende via de vanlige utførselskanaler. Var det slik kunne man hjelpe naturen med å få ut sykdommen ad andre veier. En konsekvens av dette var at det var viktig å behandle den til grunnliggende årsak, og ikke bare sårene. Konsentrerte man seg bare om sårbehandling førte dette kun til en opphopning av sykdomsmaterie inne i kroppen, ikke til reell helbredelse.

På 1600-tallet oppstod også to store systembygninger, som man ser spor av i radesykekestene: iatrokjemien og iatromekanikken. *Iatrokjemien* forklarte helse og sykdom ut fra kjemiske prinsipper. I forhold til den tradisjonelle galenske medikamentelle teori fikk den nye farmakologien et nytt grunnlag, selv om dette ikke innebar noe radikalt og fullstendig brudd med det gamle paradigmet. I henhold til denne doktrinen ble kroppsprosesser forstått kjemisk, som indre ”gjæringsprosesser”. De iatrokjemiske teoretikerne forfektet at sykdom var en ubalanse i kroppens syrer og baser. I årsakskapitlet så vi at de fleste radesykeforfatterne definerte radesyken som en salt, sur eller harsk skarphet. Dette er termer som ble innført av Francis de la Boë Sylvius (1614–72), som anses å være iatrokjemiens far. Når legemidlene virket, måtte dette da være i egenskap av sine sure og basiske egenskaper, basert på det klassiske prinsipp om *contraria contrariis*: “Diseases caused by repletion are cured by depletion; those caused by depletion are cured by repletion, and in general contraries are cured by contraries,”⁴⁰⁴ heter det hos Hippokrates, og i iatrokjemien ble denne tankegangen videreført i og med forestillingen om at basiske og sure salter utligner hverandre. Hadde man eksempelvis en sur skarphet i kroppen, måtte det motvirkes av et basisk salt og vice versa.

Også *iatromekanikken*, eller det system som hevdet at det var mekaniske prinsipper som lå til grunn for helse og sykdom, ser vi spor av i radesykeavhandlingene. På 1600-tallet hadde Robert Boyles kjemiske partikkellære etablert et teoretiske rammeverk for å forklare legemidlers virkning ved hjelp av deres innhold av spesielt formede partikler. Den sveitsiske

⁴⁰⁴ Hippokrates i *Of the places in man*, sitert fra Steward LaCasce, "Swift on Medical Extremism," *Journal of the History of Ideas* 31, no. 4 (1970): 599-606, s. 603.

legen Johann Jakob Wepfer forklarte således giftens virkninger som forårsaket av skarpe partikler.

Som skissert ovenfor er disse forskjellige systemene – humoralmedisinen, iatrokjemien og iatromekanikken – svært forskjellige i sin tilnærming til å forstå sykdommens årsaker. Interessant nok fremstod imidlertid ikke nødvendigvis systemene i konflikt med hverandre i medisinsk praksis. Van Helmont hadde et århundre tidligere fremhevet Hippokrates fordi han, i motsetning til Galen, hadde forstått at ”diseases are not hot or cold, but something acid, sharp, bitter and biting.”⁴⁰⁵ Wesley Smith kommenterte i 1979 tørt at Hippokrates fikk en heller kort karriere som iatrokjemiker, men utsagnet er representativt for så vidt som 1700-tallet integrerte både iatrokjemii og humoralpatologi. De to var ikke nødvendigvis uforenlige størrelser. Dette perspektivet bekreftes i radesyketekstene. Her finner vi i stor grad en blanding av termer fra forskjellige tradisjoner. Det gjaldt delvis begreper som indikerte en mekanisk prosess (de harde, spisse etc), men delvis også et arsenal av kjemiske kvaliteter (alkalisk, surt, oljeaktig, salt-svovelaktig) som ikke umiddelbart kunne reduseres til en mekanikk som karakteriserer stoffer i bevegelse.

I annen halvdel av 1700-tallet var systembygningens tid definitivt over.⁴⁰⁶ I enda større grad enn tidligere stod klinikeren fritt til selv å velge hvilke teoretiske forutsetninger som best tjente de enkelte formål. Denne eklektistiske tilnærming ser man svært tydelig i litteraturen om radesyken. I sin bok sammenligner Johannes Møller legens virksomhet med hvordan en sjømann på vei inn til sin havn må endre seilføringen etter hvordan vinden snur:

Men i henseende til enkelte Omstændigheder og enkelte Forandringer i Sygdommen, under Cuuren, kan gives utallige andre Regler, hvorefter man enten bør afvige og forandre den foreskrevne, eller optænke en ny Maade. Thi ligesom en god Søemand, for at naae sin Havn, maa forandre Seilene hver Gang Vinden forandrer sig; saa og bør og en fornuftig Læge gaae frem efter de Forandringer, han bemærker i den Sygdom, han har foretaget sig at helbrede, og til den Ende med godt Overlæg vide at betiene sig af ældgammel og ny Erfaring, foreenet med en grundigt Theorie, uden hvilken Egenskab han ei fortjener Navn af Læge. (Møller s. 258).

Møller omformulerer her en kjent lignelse: I de antikke skriftene ble lignelsen om sjømannen brukt for å påpeke at fleksibilitet var nødvendig både i prognose og behandling. Både legen og sjømannen måtte utvise stadig dømmekraft og bruke det kontingente og variable som rettesnor, snarere enn aprioriske regler. Møller benytter imidlertid lignelsen for å understreke nødvendigheten av fleksibilitet i bruken av medisinsk teori.⁴⁰⁷

⁴⁰⁵ Sitert fra Smith, *The Hippocratic Tradition*, s. 17.

⁴⁰⁶ G. S. Rousseau, *Enlightenment Borders: Pre- and Post-Modern Discourses: Medical, Scientific* (Manchester: Manchester University Press, 1991), s. 130.

⁴⁰⁷ For tradisjonen fra antikken vedrørende denne lignelsen, se Michael McVaugh, *Medicine before the Plague: Practitioners and their Patients in the Crown of Aragon, 1285-1345* (Cambridge: Cambridge University Press, 1993), s. 167, note 2.

Møller er selv et godt eksempel på den pragmatiske fremgangsmåten som dominerte 1700-tallets medisin. Hans utgangspunkt i avhandlingen om radesyken er at sykdommen er av fem typer, og typebestemmelsen her er av iatrokjemisk karakter. Det er kjemiske bestanddeler som bestemmer inndelingen, idet skarpheten som hersker i de forskjellige typene er henholdsvis kjøkkensalt, sur, forråtnet, og harsk. Imidlertid refererer han stadig vekk til teoretikere fra den iatromekaniske tradisjon, som for eksempel Boerhaave og Hoffmann, og han forholder seg til humoralpatologiske prinsipper om likevekt og om nødvendigheten av uttømming av overskudd av væsker.

Felles for denne utstrakte medisinske eklektisismen – i og utenfor radesykenes område – var imidlertid noe som den amerikanske medisinhistorikeren John Harley Warner har kalt terapeutisk spesifisitet. Med uttrykket mener han en medisinsk terapi som er tilpasset hver enkelt pasients særegne karakteristika – både når det gjelder hans eller hennes særegne konstitusjon og de sosiale og fysiske omgivelser hun eller han omgir seg med. Dette gjaldt uavhengig av om man hadde et overveiende humoralpatologisk, iatrokjemisk eller iatromekanisk utgangspunkt, og også om man ikke forholdt seg til noen av disse systemene.⁴⁰⁸

I de fleste radesykeavhandlingene er det tydelig at behandlingen skulle skreddersys, ikke som i dag for å skulle tilpasses en sykdomsenhet, men for å tilpasses individuelle særegenheter som pasientens alder, kjønn, etnisitet, sosioøkonomisk stilling eller moralske status, og så vel som ytre faktorer som klima, topografi og befolkningstetthet. Dette var lokal kunnskap, og kunne vanskelig generaliseres. For f.eks. C. E. Mangor er dette behandlingens viktigste prinsipp. Behandlingen må skreddersys, ikke bare for den enkelte pasient og hans eller hennes levemåte, men også sykdommens karakter. I første stadium av sykdommen må man f.eks. ty til behandling hvis hodepinen blir sterk og tørst, eller uro og hete tilkommer om natten. Behandlingen består i så tilfelle av inntak av mye og lunken drikke. Denne fremgangsmåten gjelder imidlertid bare dersom skarpheten er svak. Er skarpheten derimot utpreget (noe som kjennetegnes ved hvit tunge, vond smak i munnen og kvalme), bør man ikke tilføre lunken drikke, men i stedet bruke brekkvann.

Selv Henrik Deegen, som nok er den av radesykeforfatterne som er minst opptatt av individuell tilpasning, understreker i sin bok om radesyken at kuren er avhengig av individuelle forutsetninger:

[H]erved forstaaer det sig af sig selv at Alder, Temperament og Legemets øvrige Beskaffenhed, andre nærværende og foregaaende Sygdomme, Forplantelses Maade, om den nemlig skeer ved Fødselen eller ved en

⁴⁰⁸ Se John Harley Warner, *The Therapeutic Perspective: Medical Practice, Knowledge, and Identity in America, 1820-1885* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1986), kap. 3.

anden local Besmittelse m.m. maa i Kurens Hastighed eller Langsomhed, Muelighed eller Umuelighed, have en forskiellig Indflydelse.⁴⁰⁹

Den individualiserte tilnærming medfører også at man sjelden kan forutsi medikamenters virkninger. Også her ser man at radesykeforfatterne plasserer seg godt innenfor samtidens rådende paradigmer. I Krünitz' monumentale encyclopedi under oppslagsordet *therapie* heter det således:

Nur von gewissen Mitteln kann man die Wirkungen, sie geschehen nun bald, oder spät, und stark, oder heftig, vorhersagen; allein mit völliger Bestimmtheit wird man es niemals können, weil die Naturkräfte so verschieden bei den Kranken sind; nur bei einem Leidenden, den man schon mehrere Male zu behandeln gehabt hat, ist eine bestimmte Angabe möglich, da der Arzt seine Natur kennt; außerdem wird man sich aber nie ganz fest auf seine gemachten Schlüsse verlassen können, weil die Personen so verschieden, die Umstände, unter welchen die Mittel gegeben worden, so mannigfaltig sind, ja sich sogar in einerlei Person und in einerlei Krankheit niemals gleich bleiben.⁴¹⁰

Artikkelforfatteren understreker altså at medikamenters virkninger svært sjelden kan forutsis. Pasientene er så forskjellige, og omstendighetene man gir medisinerne under er så mangfoldige, at virkningen ikke vil bli det samme verken i en og samme person eller i en og samme sykdom.

Johannes Møller argumenter langs tilsvarende linjer i sin radesykeavhandling. Behandlingen er avhengig av legemets temperament: Hvis pasienten er fyldig, svampete og opphovnet tåler vedkommende kraftig behandling med uttømmende midler godt, mens legen må være forsiktig hvis han står ovenfor et tørt, magert og skarpt utseende. Arbo gir en annerledes behandling til de som er av en "hidsig og tør Constitution", enn til de som er av en "kold og vædskefuld" Natur (Arbo s. 51). Men behandlingen må også være forskjellig i forskjellige typer radesyke: "[M]an bedrager sig meget, om man troer, at skorbutisk Gigt lader sig helbrede paa samme Maade som Skiørbugs Vattersot, og denne igien paa samme Maade som tilsammendragne (contracte) Lemmer" (Møller s. 231–2). Sykdommen har "ingen almindelig cuur, som kan passe sig paa alle dens Tilfælde" (Møller s. 231).

Det er ovenfor skissert en rekke eksempler på hvordan samtidens forfattere foreskrev en individualisert behandling. Bakgrunnen for denne tenkningen var ikke bare forskjeller mellom individer og symptomer. Legene mente også at en rekke miljømessige påvirkninger ikke bare kunne endre en enkelt sykdoms forskjellige fremtoninger, men også endre selve sykdommens karakter, det vil si at den kunne bli en annen. Som vi har sett tidligere kunne en

⁴⁰⁹ Deegen, *Noget om Radesygen*.

⁴¹⁰ Johann Georg Krünitz, *Oeconomische Encyclopädie, oder allgemeines System der Staats-Stadt- Haus- und Landwirthschaft in alphabetischer Ordnung*, 242 bind (Berlin: Pauli, 1773-1858), bd. 182 [1844], s. 200.

enkelt sykdom også "kompliseres" med andre sykdommer.⁴¹¹ Sykdomsenheter var ikke fiksert, men flytende, og medisiners virkemåte var heller ikke konstant. Det fører til at Mangor for eksempel kan si i sitt *Land-apothek* under oppslagsordet skjørbuk: "I Norge bliver den hos de fleeste til Radesyge eller Spedalskhed."⁴¹² Dette hang åpenbart sammen med tenkningen rundt etiologi. Slik vi så i kapitlet om radesykens årsaker tenkte man på denne tiden ikke på sykdom som forårsaket av særskilte kausale agens, man så heller for seg at sykdom oppstod ut fra en rekke destabiliserende faktorer som enten opptrådte isolert eller i fellesskap, og satte systemet i ubalanse. Kulde, for mye stillesitting, eller smittestoff, kunne alle forårsake liknende virkninger på menneskekroppen. Formen sykdommen antok var avhengig av omgivelsene, og av samspillet mellom de forskjellige utløsende årsaker. Diagnosen var, *qua* navngivning, selvfølgelig viktig. Men behandlingen var symptomatisk i sin essens, noe som altså også skrev seg fra at legene bestemte sin behandling ut fra en observasjon om hvordan kroppens natur selv tok hånd om sykdommen.⁴¹³

Denne terapeutiske spesifisitet var også med på å utmerke den lærde praktiker i forhold til kvakksalveren. I henhold til denne terapeutiske tradisjonen måtte man, hvis man skulle handle ansvarlig som lege, ikke bare kjenne til de medisinske prinsipper, men man måtte også ha evne til å skille mellom ulike pasienters behov når man vurderte de ulike behandlingalternativene.

5.1. Dietetikk, årelatning og bad

I radesyketekstene står medisinske og ikke-medisinske behandlingsmåter side om side. I samtiden var disse behandlingsmåter så tett assosiert med hverandre at det skillet jeg nedenfor allikevel av disposisjonsårsaker skal sette opp, er kunstig. Gjennomgangen av de to overordnede behandlingsmåter må derfor sees i tett sammenheng med hverandre, hvor den

⁴¹¹ Mangor foreskriver f.eks. en annen behandling når radesyken er komplisert med andre sykdommer, som venerisk sykdom eller "engelsk sykdom".

⁴¹² Mangor og Tode, *C.E. Mangors Land-Apothek*, s. 511.

⁴¹³ Holbergs satire over medisinsk behandling er velkjent, og illustrerer noe av det samme: "Ingen kand nægte, at der jo er Kraft udi Medicamenter, item at mange Sygdomme derved ere curerede. At de saa ofte slaae fejl, kand ikke tilskrives Saft og Urter, men den utilstrækkelige Kundskab man haver om Menneskets Legemet; thi et Menneskes Constitution er efter en stor Medici Sigelse ligesom det u-bekjendte Sydlige Land, hvis Kuster vi end ikke kiende. Heraf kommer det, at hva som er een tienligt, er en anden skadelig, og hva som paa een Tiid opererer, vil en anden Tiid ingen Virkning gjøre. Dette merkes ikke allene hos adskillige Folk af u-lige men endogsaa af den selv samme Constitution, ja endogsaa hos de selvsamme Mennesker, hvilke nu finde sig vel, nu ilde, nu meget, nu igien ingen Virkning af et Medicament. Det er ingen under, at sæden slaar fejl, naar man ikke kiender eller kand lære at kiende Jorden, hvorudi den skal saaes. Et Menneskes Constitution er ikke alleene et Mysterium og skiult Ting, men endogsaa en Proteus, der forandrer Natur og Skikkelse, saaledes at den i Dag er ikke den samme som den var i gaar, eller som den vil blive i Morgen. Derved confunderes alle Medicinske Regler, og en Medicus kand anses som Manden, der havde en vægelsindet Hustrue, hvilken han aldrig kunde gjøre til Maade, efterdi hun hver time havde nyt Sind." Jfr. Holberg, *Ludvig Holbergs Moralske Tanker*, bok III, epigram 87, s. 297.

medisinske behandling ofte ble ansett å være verdiløs uten supplement av ikke-medisinske tiltak – og vice versa. Skillet vil derfor ikke være fullstendig gjennomført i gjennomgangen nedenfor. Den behandlingen som skisseres her, og den medikamentelle som behandles i neste avsnitt hadde samme mål, nemlig å gjenopprette likevekt.

Dietetikken, og andre ikke-medikamentelle behandlingsmetoder som bad og årelatning og bad, ble ansett som like viktig – kanskje viktigere – enn medisiner.⁴¹⁴ Av de ikke-medikamentelle tilnærmingene inntar dietetikken, som en tradisjon med røtter i antikken, den viktigste rollen. Opprinnelig viste begrepet dietetikk til alle de tiltak som bidro til kroppslig så vel som sjelig sunnhet eller helbredelse, i betydningen regelmessig levemåte (det greske ord *diaita* betyr levemåte). I antikken var dietetikken rettet mot likevekt, mot en ordening av livet, som lot seg tilbakeføre til de seks *res non naturales*, eller ikke-naturlige ting.⁴¹⁵ De medisinske ikke-medikamentelle råd var oftest strukturert i henhold til dem, siden det var slik kroppens helse kunne bevares og eventuelt gjenopprettes. Medisiner og kosthold falt eksempelvis innenfor kategorien mat og drikke, årelatning så vel som seksuelt omkvem og avføringsmidler innenfor kategorien evakuasjoner. Stor oppmerksomhet ble også gitt til emosjonelle forhold og riktige omgivelser: luften og jordas karakter (sumptaktig eller tørre områder osv.). Selv i den kjente hippokratiske teksten om ”den hellige sykdom”, som bestod av generelle kramper, hevdes det at den i det overveiende kunne behandles ut fra dietetiske regler. Ved å endre de fire (aristoteliske) kvalitetene varm, kald, våt og tørr, i det riktige øyeblikk gjennom dietetikken, kunne man behandle og forebygge sykdommen.⁴¹⁶ Også på 1700-tallet var dietetikken viktig. Eksempelvis var en tredjedel av den kjente Edinburgh-legen William Cullens bok om terapeutikk viet dietetikken.⁴¹⁷

I radesyketekstene står dietetikken helt sentralt. Siden det er den som i all hovedsak har frembrakt sykdommen er det den som må forandres. Det viktigste behandlingsprinsippet er å reversere sykdomsårsakene; gjør man det forsvinner sykdommen av seg selv. ”At føre en Diæt og Levemaade, som er Aarsagene ganske imodsat, er den beste Cuur, og at forandre sin Levemaade, er nødvendig, saafremt Sygdommen skal helbredes”, sier Møller (Møller s. 232). Og årsakene lå, som vi har sett, først og fremst i pasientenes levemåte. Man må sørge for at

⁴¹⁴ Flere forskjellige ikke-medikamentelle behandlingsmetoder er beskrevet i det hippokratiske korpus, som tidligere ble tilskrevet Hippokrates fra Kos, men som etter all sannsynlighet er forfattet også av en rekke andre leger i Hippokrates’ samtid.

⁴¹⁵ Selv om begrepet altså ikke som sådant eksisterte før i middelalderen. For en nærmere gjennomgang av disse se kapittel fire.

⁴¹⁶ Harold Cook, ”Physical Meethods”, i Bynum og Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* s. 941.

⁴¹⁷ Erwin Heinz Ackerknecht, *Therapeutics from the Primitives to the 20th Century* (New York: Hafner Press, 1973), s. 80.

magen og fordøyelseskreftene styrkes, noe som blant annet skjer ved legemsbevegelse, ved måtelighet i mat og drikke, og ved å avholde seg fra spekulasjon og grubling. Særlig ved den forråtnende typen av radesyke er det viktig at de passer seg for kulde, fuktighet, ørkesløshet og tungsindighet.

Luften vies ikke så mye plass som man skulle forvente i en æra av ny-hippokratisme som slutten av 1700-tallet er. Det er nok først og fremst, som Møllers eksempel viser, et pragmatisk spørsmål: Han fremhever at mens sjøskjorbukene ofte helbredes raskt, fordi vær, diett og klima endres når pasientene kommer på land, er det ikke slik med landskjorbukene fordi de som lider av den ikke har mulighet til å forflytte seg og endre sine omgivelser (Møller s. 232). Mangor presiserer imidlertid at etter at sårene begynte å bryte ut på kroppen ville det være den syke til stor nytte, om vedkommende kunne forandre sitt oppholdssted under kuren. Hadde vedkommendes oppholdssted vært på "Utkanter" ved havet, hvor dårlig vann, fuktighet og tåke hadde bidratt til sykdommen, gjaldt dette i særdeleshet. Fantes det muligheter for å reise til steder med renere luft og bedre vann, hvor det vokste mer poteter og hvor husene var tørre, så kunne helbredelsen skje raskere og med færre legemidler, "især om den syke er fri for Hiemsyge" (Mangor s. 87–88).⁴¹⁸ Også Deegen understreker viktigheten av luften; under kuren må den syke holde seg i jevnt temperert varme, og vokte seg for kald luft. Like viktig er det at han ikke har noen sterke legems- eller sinnsbevegelser. Mangor og Arbo går så langt som til å kreve at pasienten må holde seg inne natt og dag, så lenge kuren vedvarer eller til luften er blitt mild, en anvisning som nok ikke har vært lett å møte for de fattige fiskerbøndene. Mangor presiserer at pasienten må holde seg så ren i klær og sengeklær som mulig, og daglig vaske ansikt, hender og resten av kroppen i lunket vann. Stuen må holdes ren og daglig røykes med enebær ("god Viinedike var bedre, men dyrere" (Mangor s. 57)), stuen må fylles med frisk luft ved åpne vinduer. Om sommeren bør man gå ut i den friske luften, men holde seg inne om vinteren når været er kaldt. Arbo tilføyer at pasienten kan fortsette sine arbeider i den varme stuen. Ble ikke disse retningslinjene tatt til følge var det fare for tilbakefall.

Den største oppmerksomheten i disse tekstene vies imidlertid kostholdet. Alle forfatterne understreker at det er av avgjørende betydning at kosten var riktig under behandlingen. Således er det generell enighet om at røkt og saltet mat bør forbys under kuren,

⁴¹⁸ Som Karin Johannisson har vist, var nostalgi en medisinsk diagnose på denne tiden, og ble opprinnelig brukt på unge soldater som ble rammet av alvorlig sykdom når de var langt hjemmefra. Nostalgi var ingen bagatell, av samtidens leger ble den ansett som dødelig. Som medisinsk diagnose var den imidlertid over sin største popularitet når Mangor skriver dette. Med Kant kom det til en nyorientering i nostalgibegrepet, idet han påpekte at nostalgi mer var en lengsel etter en fordums tid enn et sted, og således pekte mot en historisk snarere enn en romlig dimensjon ved fenomenet. Se Johannisson, *Nostalgia: en känslas historia*.

og at pasientene bør begrense fiskeinntaket. Arbo mener pasientene foruten det allerede oppregnede skal holde seg unna flesk, svinekjøtt, friske og saltede pølser, tørre erter, poteter, ”og alt det som er meget fedt og suurt”. Mangor understreker den gode effekten av det som vokser av jorden, slik som erter, bønner, kål, røtter, neper og poteter, samt ulike tilberedte kornprodukter som grøt og vellings. Han anbefaler at man så mye som mulig reduserer inntaket av saltet, speket og røkt fisk og kjøtt og fiskeinnvoller. Multer, tyttebær, epler, pærer, plommer, kirsebær og jordbær beforder helbredelse. Å unngå stillestående vann er svært viktig. Rennende vann, øl, søt melk, valle og bittert øl blir derimot tilkjent en god effekt. Kort sagt: ”Have de Raad og Leilighed til at skye alt det, som foraarsager Sygen, da er det godt” (Mangor s. 75). Deegen tilføyer at de heller ikke må innta kald mat og drikke. Det er imidlertid viktig å spise kjøtt supper, grøt (særlig tynne grynsupper og melkevalle), brød og søt melk, og gjerne litt øl. Mangor hevder at man bør spise lite så lenge kuren varer, men at man i sykdommens fjerde stadium må gi kost som styrker, nemlig foruten kjøtt suppe også kjernemelk, kalvestek, lam, høns, og fuglevilt, et menyforslag som nok var mer realistisk for en københavnsk borger enn for en fattige bonde. Arbo fremhever i tillegg hvitkål, røtter, blåkål, hagevekster, sukkererter, bønner og kålrabi. Igjen er det individuelle forskjeller som er viktige; i henhold til eksempelvis Møller er det slik at de ”Tørre, Magre bør nyde overflødige tynde Drikke og Spiser; den Fyldige, Ophovnede, Svampige bør meere afholde sig derfra” (Møller s. 234). Men det er også slik at kosten i seg selv har en helende effekt. Dels skal kosten forsyne legemet igjen med ”gode safter”, som Møller sier det, dels har spesielle typer mat også i seg selv helbredende effekt. For ham inngår det vi ville kalle matvarer som en helt uomgjengelig del av den medisinske behandling.

I radesyketekstene er det nærliggende å slutte at det som kommer til syne er en motsetning mellom et tradisjonelt og en ny type kosthold. Dette motsetningsforholdet må ses i sammenheng med de store endringer som skjer i synet på kosthold i 1600- og 1700- tallets Europa, som tidligere hadde vært konsentrert rundt de humoralpatologiske kvaliteter tørt, varmt, kaldt og fuktig. Historikeren Rachel Laudan har vist hvordan disse endringene finner sted parallelt med utviklingen av destillasjonsteknikker i kjemien.⁴¹⁹ 1600-tallets kjemikere observerte at i en destillasjonsprosess ble utgangsmaterialet delt i tre deler: en flyktig væske, en oljeaktig substans og et fast stoff. I henhold til dette etablerte kjemikerne tre grunnleggende elementer: merkur (forstått som de flyktige væskenes essensielle væren, ikke relatert til det kjemiske stoffet kvikksølv), svovel (de oljeaktige substansers essens, heller ikke

⁴¹⁹ Rachel Laudan, "Birth of the Modern Diet," *Scientific American* 238 (2000): 62-67.

relatert til det kjemiske stoff) og salt (de faste stoffers essens, ikke det samme som bordsalt). I kostholdsdiskursen ble dette direkte overført. Saltet dikterte smaken og matens konsistens. Merkur var kilden til lukter og aromaer, og oljen hadde egenskapene fuktighet og søthet og bandt sammen de to andre, i utgangspunktet antagonistiske, prosessene. Kroppens behandling av mat ble formulert som gjæringsprosesser, som igjen ble lignet med de prosesser man observerte i omgivelsene, i særlig grad forråtnelse og destillasjon, og interaksjonen mellom syrer og baser. Magesafter, som ble ansett som sure og skarpe, bearbeidet maten og forandret den til en hvit, melkaktig væske, som så blandet seg med den alkalinske galle i fordøyelseskanaalen. Blandingen gjæret og boblet, og produserte en saltaktig substans som kroppen kunne transformere til blod og andre væsker. Denne diskursen, hevder Laudan, satte nye standarder for hva som ble ansett som sunn mat. Siden det var gjæringsprosessen som var målet, var de matvarer sunne som lett lot seg fermentere. Slik kom friske matvarer på en helt ny måte inn i sentrum av det europeiske kosthold. Substanser som var rike på olje, som hadde den nyttige egenskap å binde salt og merkur, ble basis for en rekke sauser. De ble kombinert med elementer som inneholdt elementet salt, som mel og bordsalt, og andre som var rike på merkur, som eddik, vin, og fiske- eller kjøtt-essenser. Ordet restaurant oppstod på 1700-tallet og betegnet opprinnelig en buljong kokt på oksekjøtt.⁴²⁰ Den ble populær i hele Europa og solgt til dem som ikke hadde råd til sin egen kokk. Sprudlende mineralske kilder dukket opp flere steder som konsekvens av det samme. Denne nye dietten spredte seg gradvis over Europa, og etter hvert også til de lavere sosiale lag. I radesyketekstene er det i alle fall mulig å postulere at det er to verdener som kolliderer; legene forfekter de nye dietetiske regler og postulerer en idealkost basert på kjøttbuljong og friske grønnsaker, mens den norske allmuen holder seg til et tradisjonelt kosthold. De spiser ugjæret mel, som radesykelegene møter med forbitrelse, fordi det ikke svarer til de nye standarder.

Evakuasjonene, eller uttømmelsene, inntar også en helt sentral plass. Siden radesyken bestod av skarpe væsker, måtte disse væskene elimineres. Det kunne gjøres enten ved hjelp av medisiner eller på andre måter. Likevekt kunne oppnås gjennom evakuasjoner eller tømminger av den dårlige materie i kroppen. Kroppen var en åpen og bevegelig størrelse. Veien til helse strømmet gjennom hud, tarm og blære i form av regelmessige tømminger av svette, urin og avføring. Sykdom ble oftest forårsaket ved at en av disse utførselsveiene var forhindret, og legene måtte derfor hjelpe kroppen med å kvitte seg med den syke materien. Anstrengelse forårsaket svetting, og var derfor terapeutisk, og man kunne lage kunstige sår

⁴²⁰ Rebecca L. Spang, *The Invention of the Restaurant: Paris and Modern Gastronomic Culture* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2000), s. 1.

(fontaneller) for å slippe ut skadelig materie. Endelig kunne man gjennom medikamentell bruk frembringe svetting, spyting, oppkast eller diaré, bare for å nevne noen.⁴²¹ Møller har en hel paragraf hvor han drøfter hvordan man på forskjellige måter kan befordre utskillelsene av den skarphet som er årsaken til radesyken. De viktigste mekanismene er den umerkelige utdunstning, urinen, og utåndningen. Den umerkelige utdunstning kan befordres ved bad, ved å gni legemet med et ullklede, og ved å bevege seg mye. Løk og løkaktige urter virker tilsvarende. Urinavgang kan stimuleres ved milde vanndrivende midler, som enebær, pepperrod, sennep og antiskjørbutiske urter. Utåndningen kan først og fremst befordres ved at legemet er i aktivitet, men også ved å ha riktig luft i omgivelsene. Han konkluderer med at hvis man gjør alt dette, og avveksler med avførende midler, går over fra å spise salt til fersk diett, fra stille til arbeidsom levemåte osv., så kan man bli frisk. Men går man ett eneste punkt forbi, ”da bliver Cuuren bagvendt, og lykkes sielden” (Møller s. 241).

En av humoralpatologiens sentrale terapeutiske midler, av Galen fremhevet som selve grunnstenen i den medisinske behandlingen, var å fjerne blod – en av de fire væskene, men samtidig et medium som også inneholdt de andre væskene. Det kunne gjøres ved oppsnitting, kopping eller årelating; og man kunne bruke det enten til å fjerne et generelt overskudd (*plethora*) eller til å fjerne mengden av selve væsken blod. Årelating inntar imidlertid ingen sentral plass i disse skriftene. Ingen andre er dog like avvisende til det som Mülertz, som leverer denne innstendige oppfordring: ”Normænd! Danske Mænd! Hvorfor udgyde I æders blod i Fredstider? Ophører dog med den Eder og Eders Efterkommere saa svækkende Aareladning”. Arbo sier at årelating kan foretas før kuren begynner hos de som har vært vant til å gjøre det regelmessig (”til visse Tider”) eller den syke på forhånd har hatt ”nogen Slags naturlig Udtømmelse af Blod”, og ”der i saa Fald tillige ere Kiendetegn på Fuldblodighed”. Blødning kan altså være tegn på fullblodighet, og finnes det fullblodighet, skal det årelates før kuren begynner. Deegen anbefaler også at kuren begynner med årelatning hos de fullblodige, mens Mangor anbefaler årelatning i de tidlige stadiene. Er det en ”stor, før Mand, eller et blodrigt, voxent Menneske, Mandfolk eller Fruentimmer”, kan de tåle å miste ”2 til 3 pægle Blod” på en gang.⁴²² Det skal årelates på en av armene, og innen sykdommen har vart i 4 dager. Han beskriver så hvorledes de skal forholde seg i tilfelle årelatning, men konkluderer

⁴²¹ Callisen nevner foruten fjerning av blod (årelatning, ”Schlagaderöffnung”, ”blutige Ventosen”), borttaking av melk (”milchzichtigen”) *lactisugium*; av lymfe ved *vesicatoria* (”Blasenpflaster”), ved arrdannelse, og ved overfladiske, ikke blødende snitt i huden; av slim ved ”schnupfmittel” (*errhina*); av spytt ved *fialagoga*; av urin ved kateterisering; av puss ved kunstige sår (*fonticulus/fontanell*), ”Haarfeile”, og åpning av pusssvulster; av avføring ved klyster og ”Stuhlzäpfchen”, samt diverse andre materier. Jfr. Callisen, *System der neuern Wundarzneykunst*, § 159, s. 70.

⁴²² 1 pel = ¼ pott = ca ¼ liter.

med at det nok er sjelden at årelatning er bra, hvis man har mye av radesyvens skarphet i kroppen. ”[D]erfor skal man i de Egne ei være saa villig til at løbe til Laderen, som Bonden ofte er” (Arbo s. 31). Møller foreskriver årelatning i en av radesyvens typer som består i en ”harsk, fordærvet Fedme”. I kombinasjon med et mildt avføringsmiddel og et brekkmiddel, er dette ”nyttig og nødvendig i de fleste langvarige Sygdomme, førend man vender sig til den egentlige Cuur; og kaldes derfor af Lægerne: at begynde med det Almindelige.” (Møller s. 251). Årelatningen er altså snarere en forberedelse til kuren enn del av selve behandlingen, og kan foruten å forberede kroppen for kuren gi legen informasjon om blodets beskaffenhet. Et mildt avføringsmiddel er nødvendig fordi magen og innvoldene er oppfylt av forråttelse, noe som ville gjort det umulig for legemidlene å utøve sin virkning. ”Fordærvet ei den beste Mad, naar den tillaves i ureene Kar?” spør Møller retorisk, og svarer selv ved både å anbefale avføringsmidler og brekkmidler foruten årelatning. Brekkmidler fullfører renselsen ved at de utfører det som måtte bli igjen i magen og spiserøret av urene ting. Både Møller, Mangor og Deegen begynner kuren med det Møller kaller ”det Almindelige”. Og grunnen er, at før man kan begynne på den virkelige kuren må tarmene renses og blodet klargjøres.⁴²³

Bad hadde vært en sentral medisinsk behandlingsmetode helt siden antikken, og ble også vektlagt i behandling av radesyken.⁴²⁴ I radesyketekstene blir badets helende effekt fremhevet av særlig Mangor og Møller, selv om Deegen også nevner at man bør bruke varme bad til de ”urene”. Møller har en utførlig diskusjon om hudens renselse, som han er nøye med å påpeke må skje ved bad, og ikke ved ”tilbakedrivende midler” som for eksempel svovel eller kvikksølv: ”Deres brug er, som bekiendt, farlig i al udvortes Udslet.” Bad i rent vann, enten i elver eller i ”dertil indrettede Bade-Anstalter”, bør foretas enten hver dag eller to til tre dager pr uke. Ytterligere befordrende på renselsen var det hvis badet ble tilsatt noe, hevdet Møller, og anførte en rekke alternativer. Det kunne tilføres urter, tobakksblader kokt i vannet, kalk, såpe eller kvikksølv. Ren lut kunne brukes enten alene eller kokt i treavkok av furu, gran, enebær eller guaiactre. Ved tilførsel av kobber- og jern-slakk, tilføyer Møller med

⁴²³ I Mangors *Land-apothek* presiseres det også at det må årelates ved sykdomsutbruddet, for når det går over den syvende dag, forandrer sykdommene ofte natur, slik at årelatningen kan skade. Den syvende dag er den klassiske kritiske dag etter antikkens medisin. Se Mangor og Tode, *C.E. Mangors Land-Apothek*, s. 190.

⁴²⁴ De aristoteliske kvaliteter var ikke lenger primære kvaliteter på 1700-tallet, og oppløsningen av den aristoteliske metafysikk gjorde at mange av antikkens antagelser ikke lenger gav mening. Imidlertid var flere av de terapeutiske elementene igjen selv om det metafysiske grunnlag var forlatt; for eksempel var kjølede remedier fremdeles indisert i febre og betennelser. Og bad, som ble anbefalt som terapi i de hippokratiske skrifter, ble nå også brukt i utstrakt grad. Selv om mekanismene bak sykdommene på 1700-tallet ble forklart annerledes enn i antikken, var ikke selve sykdomsforståelsen (et system i ubalanse) vesentlig endret. Dette påvirket også den terapeutiske tilnærming. Mens badingens effekt tidligere for eksempel hadde blitt forklart ved hjelp av balanseringen av de kalde, varme, våte og tørre kvalitetene, ble de nå oftere forklart ut fra iatromekaniske eller iatrokemiske teorier. Montpellier-skolen var særlig ivrig etter å promotere badingens, eller hydroterapiens, helende effekter, og i Frankrike hadde den en særlig viktig stilling på 1770-tallet.

referanse til ”den berømte Hoffmann”,⁴²⁵ oppnår vannet en ”mineralsk Beschaffenhed” som gir den ypperligste virkning. Det gjør også bad av rent vann kokt inn med kli og tilsatt søt melk. Også for Mangor er bad viktig, særlig mot utslettene. Det kan være enten kaldt eller varmt. Pasienter som ennå er friske og sterke, kan bruke det kalde bad, dvs bade seg i havet eller en elv, helst to til tre ganger i uken, et kvarter hver gang, over hele kroppen. Etterpå skal de gnis med et tørt håndkle jevnt over hele kroppen. Det varme bad gis til de som ikke kan greie det kalde – og Mangor beskriver nøyaktig hvorledes badet kan utføres med et kar som er ”saa rummeligt, at een kan sidde ned i det, enten lige ned paa Bunden, eller paa en Skammel [...] man setter sig saa nøgen deri, og lader efterhaanden øse meer hedt Vand deri, for at holde det eens varmt” (s. 76). Hvis den syke har råd til det, anbefaler Mangor også tilsetning av såpe.

Innledningsvis i dette kapitlet ble behandling av radesyken satt i en samtidig medisinsk-teoretisk kontekst. I denne seksjonen har vi sett hvordan den ikke-medisinske behandling spilte en helt sentral rolle i behandlingen av pasienter; kroppens likevekt skulle gjenopprettes, i stor grad med virkemidler inspirert av antikken. Noen av de dietetiske virkemidler, kanskje spesielt knyttet til kosthold, var i endring, og påvirket av opplysningstidens ideer. Andre elementer, som årelatning og bad, hadde vært mer eller mindre uforandret i hundrevis – endog tusenvis – av år.

5.2. Materia Medica

Når det gjelder medisiner var båndene til antikken svekket i større grad enn på den ikke-medisinske siden. I radesyketekstene er det et mylder av medisinske oppskrifter eller resepter, et mylder som nok i hovedsak skyldes det faktum at behandlingen må variere med individuell konstitusjon og levemåte. Forfatterne oppgir en rekke alternative oppskrifter, som den syke eller hans hjelper så må velge blant, i henhold til vedkommendes forutsetninger. I oppskriftene er det en rekke medisiner som tilhører forskjellige behandlingstradisjoner.

Før man går inn på medikamentene foreskrevet i radesyketekstene spesielt, er det nødvendig å gå gjennom enkelte utviklingstrekk i periodens farmakologi. Tidlig på 1600-tallet fantes det opp mot 6000 stoffer i de ulike *materia medica*. Av disse var færre enn 200 fra animalske eller mineralske kilder. Majoriteten hadde sin opprinnelse i planter og skrev seg fra Dioscorides berømte verk *De materia medica*. Denne var i bruk frem til 1600-tallet, og dannet utgangspunkt for de fleste europeiske farmakopeer.⁴²⁶ Mange av disse galeniske medisinene

⁴²⁵ Friedrich Hoffmann, (1660-1742) lege og vitenskapsmann i Halle, en av representantene for iatromekanismen.

⁴²⁶ Pedanius Dioscorides, *De materia medica*, bind 38, *Altertumswissenschaftliche Texte und Studien* (Hildesheim & New York: Olms-Weidmann, 2005).

var blandinger som inneholdt en rekke medikamenter, og hvert sykehus hadde ofte sitt eget utvalg. I løpet av 1700-tallet fant det imidlertid sted en rekke endringer. Kjemisk fremstilte stoffer begynte i økende grad å erstatte noen av de gamle sammensetningene. Magiske midler ble fjernet fra de offentlige farmakopeer, og det kjente ”Dreckapoteket” kom i sitt siste opplag i 1748.⁴²⁷ Navngivningen ble mer systematisert, og antall legemidler i omløp ble gradvis redusert. De enkelte land begynte å få sine egne farmakopeer, noe Danmark-Norge fikk under den hektiske Struenseeperioden.⁴²⁸ I forlengelsen av Tissots bok kom det også ut en rekke bøker i Skandinavia som tok for seg ulike medisinske husråd til bonden. I Skandinavia var forbildet for disse bøkene den svenske utgivelsen *Socken-Apothec och några Huscurer, utgivne under kgl. Collegii medici öfverseende och besörjande*.⁴²⁹ Denne ble tatt som utgangspunkt da C. E. Mangor laget den dansk-norske utgaven, *Et Land-Apothek, til danske Landmænds Nytte*.⁴³⁰ På mange måter utgjør disse skriftene viktige forbilder for radesykebøkene, idet de representerer en medikamentell anvisning som botemiddel for legemangelen på landsbygda.

På tross av rask utvikling skrev imidlertid de fleste av medisinerne på 1700-tallet seg fremdeles fra det klassiske utgangspunkt. Den galenske farmakologi var basert på de fire aristoteliske primærkvaliteter varm, kald, tørr, våt, og terapien tok sikte på å korrigere ubalanse i de fire kroppsvæskene. Poenget var å eliminere materia peccans, eller den skadelige væsken. Som vi har sett, var det innenfor denne konteksten helt sentralt med medisiner som kunne påskynde de naturlige utskillelsene. Det dreide seg om brekkmidler,⁴³¹ avføringsmidler, diuretika, midler som befordret slim fra luftveiene, svetteproduserende midler og spyttproduserende midler.

I tillegg til det klassiske antikke arsenal, ble det introdusert en rekke nye legemidler til de europeiske farmakopeer i løpet av 1600- og 1700-tallet. Iatrokjemien forklarte helse og sykdom ut fra kjemiske prinsipper, og introduserte en rekke legemidler til klinisk praksis som enten var nye eller hadde blitt lite brukt i medisinen tidligere. Det gjaldt spesielt mineralske

⁴²⁷ Ackerknecht, *Therapeutics from the Primitives to the 20th Century*, s. 83.

⁴²⁸ *Pharmacopoea Danica: regia autoritate a Collegio Medico Hauniensi conscripta*, (Hauniae: Apud Heineck & Faber, 1772).

⁴²⁹ Johan A. Darelius, *Socken-Apothek och några Hus-Curer* (Stockholm: Nyström og Stolpe, 1760). Boken hadde følgende opprinnelse: Landshøvding grev Mørner oppfordret det svenske Collegium Medicum til å sørge for undervisning av en klokker i Värmland i årelatning og i anvendelse av ulike husråd i visse sykdommer. Dette tok kollegiets medlem Johan Anders Darelius seg av. Han var overlege ved Serafimerlazarettet og lot klokkeren overvære sine konsultasjoner. De opptegnelser klokkeren gjorde, ble siden redigert av Darelius og utgitt i 1760.

⁴³⁰ Christian Elovius Mangor og Johan A. Darelius, *Et Land-Apothek, til danske Landmænds Nytte* (Kjøbenhavn: Heineck og Faber, 1767).

⁴³¹ På 1770-tallet fikk brekkmidler en renessanse i Europa, særlig tartar emetica eller brekkvinsten, etter at toneangivende menn som Stoerck og Tissot hadde anbefalt det. Jfr. Ackerknecht, *Therapeutics from the Primitives to the 20th Century*, s. 82. I radesyketekstene bruker flere av forfatterne dette.

og kjemiske remedier som kvikksølv, antimon,⁴³² arsenikk, jern, bly, kopper og svovel og gull. Av Paracelsus ble de kalt *arcana*. *Arcanum* betyr hemmelig remedium eller eliksir, og var opprinnelig knyttet til Paracelsus og alkymien, men etter hvert ble det også brukt for mer generelt å betegne spesifikke legemidler med hemmelig komposisjon. Stoffene ble utvunnet som ekstrakter eller tinkturer, som skulle inneholde kvintessensen av substansene.

Paracelsus hevdet at det til hver sykdom hørte en spesifikk medisin. Det var altså ikke sykdomstilstanden, men sykdommen i seg selv som skulle behandles, og legemiddelet var således forskjellig for hver enkelt sykdom, men den samme hos alle de forskjellige individer som led av samme sykdom. Etter Paracelsus hadde også Sydenham hevdet at det fantes farmasøytiske spesifikke medisiner, og argumenterte på bakgrunn av sine erfaringer med effekten på malaria av peruviansk bark, som nylig hadde blitt importert til Europa. Han så at det virket uten ved hjelp av de vanlige evakuasjonene, og mente derfor det måtte skyldes spesifikke virkninger ved stoffet. Iatrokjemikerne delte sine *arcana* opprinnelig inn i a) universalmiddel (panaceer), b) universalt virkende evakuantia (stoffer som førte til utskillelse av legemssaft) og smertestillende, og endelig c) spesifikke midler mot bestemte sykdommer. Utover på 1700-tallet forsvinner imidlertid begrepet om hemmelige universalmidler, mens ideen om de spesifikke midler blir beholdt, og da i hovedsak knyttet til tre sykdommer: kinabark mot "kald feber", kvikksølv mot venerisk sykdom, og opium (laudanum) mot smerter.⁴³³

Både Hoffmann og Stahl tjente ved begynnelsen av 1700-tallet store beløp på salg av egen-designede *arcana*, men i annen halvdel av dette århundret ble slike hemmelige resepter i økende grad problematiske.⁴³⁴ En av grunnene var at *arcana* i stigende grad ble assosiert med kvakksalveri, idet det ble antatt at bare kvakksalvere ville finne på å gi såkalt universell behandling, det vil si behandling som ikke var rettet spesielt mot den enkelte pasient. En annen avgjørende faktor var opplysningstidens krav om åpenhet og etterprøvbarehet. Som en interessant parentes er det verdt å bemerke at Nicolay Arbo selv opplyser at hans bok om radesyken har sin direkte foranledning i en anklage om at han skulle besitte et *arcanum* mot radesyken, en anklage han tar tungt. (Arbo, fortalen). Han hadde mottatt et brev fra det danske kanselli, der de oppfordret ham til å oppgi dette sitt *arcanum*, hvorpå Arbo i boken bemerker

⁴³² For antimontradisjonen se H Fischer, "Metaphysische, experimentelle und utilitaristische Traditionen in der Antimonliteratur zur Zeit der 'wissenschaftlichen Revolution' (1520-1820)" (Doktoravhandling, Technische Universität, 1988).

⁴³³ Wolfgang Schneider, *Lexikon zur Arzneimittelgeschichte: Sachwörterbuch zur Geschichte der pharmazeutischen Botanik, Chemie, Mineralogie, Pharmakologie, Zoologie*, bind II (Frankfurt: Govi-Verlag, 1968), s. 69.

⁴³⁴ Ackerknecht, *Therapeutics from the Primitives to the 20th Century*, s. 89.

at han i løpet av 30 års praksis i Norge hadde helbredet radesyken med hell, men at han hadde hentet samtlige av sine legemidler fra apotekene. Det var altså ikke et *arcanum* han brukte. Han hadde ført dagbok over sine behandlinger, og hadde lenge tenkt å samle og utgi sine erfaringer, men hittil hadde han ikke hatt tid. Da anklagen om at han skulle besitte et *arcanum* ble lagt på bordet hadde det satt fart på arbeidet, og det foreliggende verk skulle være et bevis for at han bare brukte kjente og tilgjengelige legemidler.

Av de mineralske stoffene fortjener kvikksølv et særlig omtale, et preparat som blir anbefalt av alle radesykelegene, selv om de har ulik holdning til i hvilken ustrekning det skal anvendes. På 1700-tallet ble kvikksølv bredt akseptert som den mest effektive medisin mot venerisk sykdom.⁴³⁵ I samme periode ble imidlertid også indikasjonene for kvikksølv stadig utvidet, og utviklet seg fra å være et nærmest spesifikt remedium for venerisk sykdom til å bli noe i nærheten av et panacea.⁴³⁶ Det ble brukt ikke bare mot venerisk sykdom, men også mot andre hudlidelser, forskjellige tumorer, ormer, mage-tarmobstruksjon og en rekke andre tilstander.⁴³⁷ Claude Quétel har beskrevet hvordan det i samtiden foregikk en kontinuerlig diskusjon om hvordan kvikksølv skulle gis. På slutten av 1700-tallet hadde en indre tilførsel av stoffet via munnen i form av kalomel ("søtt" kvikksølv) eller rektalt i form av antivenerisk klyster tatt over for de tidligere så vanlige inngnidningene eller salvene (som vi også imidlertid finner i dette materialet, som vi skal se). Det nye kvikksølvsublimatet (kvikksølvklorid) ble introdusert av Gerard Van Swieten, og fant etterhvert bred aksept. Hans berømte antiveneriske likør (som var sublimat, eller kvikksølvklorid oppløst i vann og alkohol) blir brukt av noen av radesykelegene.

I tillegg til at iatrokjemien hadde brakt en hel rekke hovedsakelig mineralske legemidler i vanlig bruk, kan vi i radesyketekstene også spore en annen type medisin som ikke er del av det klassiske galenske terapeutiske arsenal. Oppdagelsen av den nye verden hadde ført til introduksjonen av en rekke nye legeurter, i denne sammenhengen er *guajak*,

⁴³⁵ Medisinhistorikeren W.F. Bynum har vist at i 1800-tallets Storbritannia var kvikksølv det vanligste middel mot venerisk sykdom i tillegg til de tre importerte midlene guajak, sarsaparilla, og sassafras. Se W. F. Bynum, "Treating the Wages of Sin: Venereal Disease and Specialism in Eighteenth-century Britain," i W. F. Bynum og Roy Porter (red.), *Medical Fringe and Medical Orthodoxy 1750-1850*, (London: Croom Helm, 1987).

⁴³⁶ Leonard J. Goldwater, *Mercury; a History of Quicksilver* (Baltimore: York Press, 1972).

⁴³⁷ Kvikksølvets popularitet kan nok delvis tilskrives det faktum at det kunne gis både en iatrokjemisk, en iatromekanisk og en humoralpatologisk fortolkningsramme. De siste hevdet at kvikksølvets virkninger skrev seg fra dets spyttproduserende effekt (som fjernet skadelige væsker), mens iatromekanikerne mente at kvikksølv før gjennom blodet i små partikler raskere enn blodet selv, på grunn av dets tetthet. Fordi stoffet hadde så stor penetrasjonsevne ville det passere gjennom blokkerte kapillærer, separere blodlegemene og dele opp og atomisere viruspartiklene de møtte på veien, og støte dem ut gjennom spyttet. Iatrokjemikerne mente på sin side at kvikksølv i form av et oksid, eller av et salt, bearbeidet det syfilittiske virus ved en slags attraksjon eller kjemisk affinitet; og at når det møtte viruset ble det forent med det, nøytraliserte det, og formet en sammensetning som ikke hadde noen av de kvalitetene som hver enkelt av substansene hadde hatt hver for seg. Se for dette Quétel, *History of Syphilis*, s. 84, han siterer Swediaur og Astruc.

sassafras, *sarsaparilla* og *kinabark* viktigst. Selv om mange av mineralene og urtene som ble brakt fra ”den nye verden” var nye, ble de lett innlemmet innenfor en humoralpatologisk kontekst. Mange av dem hadde virkninger som var forenlig med forestillingen om at evakuasjon av skadelige væsker er det viktigste. For eksempel førte kvikksølv til stor spyttproduksjon og ble derfor kalt *sialagoga* (spyttfremkallende midler), mens det søte kvikksølv, *calomel*, i mindre doser ble brukt som avføringsmiddel. Antimon ble tatt i bruk som avføringsmiddel (*purgantia*), mens guajak og *sassafras* virket svettedrivende og ble derfor plassert i gruppen *diaphoretica*. Guajak virket også vanddrivende (og tilhørte derfor også gruppen *hydragoga*).

I det hele tatt var det en rekke tradisjoner som levde side om side i den teoretiske bakgrunn for terapeutisk praksis: den galenistiske tradisjonalisme, Paracelsius’ iatrokjemii, den nye botanikk, innførselen av nye medikamenter fra den nye verden og hippokratisme, og iatrofysikk.⁴³⁸ Bearbejdede botaniske vekster utgjorde på 1700-tallet mesteparten av det terapeutiske arsenal, men også mineralia som kopper-, bly-, og kvikksølvforbindelser, forbindelser med antimon, salpeter, alun og salmiakk, samt arsenikk, svovelsulfat og tartar ble mye brukt. Hovedprinsippet i den medikamentelle behandlingen var altså fremdeles å eliminere det skadelige overskuddet.

Som kjent mente mange at radesyken var en form for skjorbuk, så det kan være nyttig å se hvilke forelegg som lå for behandling i tradisjonen. Boerhaave hadde hevdet at i skjorbukten kreves det forskjellig behandling avhengig av hvilken skarphet som rådet i skjorbukten; det viktigste er å nøytralisere skarpheten. Siden skarpheten kunne være salt, sur, basisk eller ”fettaktig og harsk”, var en vellykket kur avhengig av bruk av medisiner som nøytraliserte saltet eller fett. Dertil måtte serumet fortynnes, siden dette var for seigt og tykt i skjorbutiske sykdommer. Edikk, moselvin og sitrusfrukt var sure medisiner; skjorbuksgress, ingefær og flyktige salter ble klassifisert med de basiske. Dette kunne også forenes med et humoralpatologisk skjema basert på matvarers kvalitet; kylling, løk, ingefær og melk ble ansett som varm mat, mens vin, eddik, rotgrønnsaker og fisk var kald mat.⁴³⁹ Og siden den

⁴³⁸ Brockliss og Jones viser hvordan fransk galenisk medisin på 1600-tallet akkomoderte de nye medikamentene relativt friksjonsløst. I flere tilfeller ble de kombinert for å skape komplekse teorier om legemidlers virkemåte. Imidlertid kom det også til syne grunnleggende uenigheter i måten man forholdt seg til de ulike medikamentene på. For eksempel var iatrokjemikerne spesielt begeistret for opium, mens galenikere og iatromekanister begge mente man skulle være forsiktig med dette stoffet, men av forskjellige grunner. Galenistene fryktet middelets kjøleende effekt, og var redde for at væskene skulle bli seige, mens iatromekanistene var opptatt av at blodsirkulasjonen og bevegelsene av de animalske ånder i nervesystemet skulle saktne. Når det gjaldt peruviansk bark var galenistene ikke særlig begeistret da de mente den manglet kraft til å virke utsondrende, mens iatrokjemikerne og iatromekanistene mente det var et eminent middel. Se Brockliss og Jones, *The Medical World of Early Modern France*, s. 119-69.

⁴³⁹ Se f.eks. Laudan, ”Birth of the Modern Diet.”

alkaliske (basiske) skarphet ble ansett å være kald, den sure varm, passet dette i henhold til det skjemaet. Det ble stort sett anbefalt forskjellig behandling for landskjørbuk og sjøskjørbuk. Da 1700-tallslegen John Arbuthnot i sin bok *Essay Concerning the Nature of Aliments* (1756) diskuterte behandlingen av sjøskjørbuk, "muriatick scurvy", anbefalte han unngåelse av "the hot Antiscorbuticks of the Mustard Kind".⁴⁴⁰ Først på slutten av 1500-tallet kom det referanser til antiskjørbutika i urtebøkene. Behandlingen av landskjørbuk var stort sett sentrert rundt det klassiske antiskjørbutiske trekløver, som fra midten av 1600-tallet var et etablert trekk ved alle arbeider om skjørbuken.⁴⁴¹ Disse bestod av *Nasturtium Officinale* (grønn engelskarse), *Cochlearia Officinalis* (skjørbuksgress) og *Veronica Beccabunga* (bekkeveronika). Multer har vært viktig i Norge, ved siden av kvann, *Angelica Archangelica*. Bukkeblad ble også brukt (*Menyanthes Trifoliata*). Igjen ser man altså en stor spredning i tilnærminingsmetodikk.

Diskusjonene vedrørende behandling sentreres ikke i radesyketekstene rundt de fire "klassiske" væsker, men som tidligere nevnt rundt de skarpe (sure, søte, salte eller harske) væsker. "Enhver, som elsker Sandhed, vil af anførte indsee, at i Radesygdommen er det Formaal det rigtigste, at udføre af Legemet den Skarphed, der er Sygdommens Aarsag."⁴⁴² Hvordan man skulle få fjernet det skarpe fra kroppen var altså legens hovedutfordring.

5.2.1 Medisiner i radesyketekstene

Hvilke medikamenter var det så de anbefalte i sine bøker til allmuen? Johannes Møller har en egen generell redegjørelse for sine behandlingsprinsipper, som stort sett følger Callisens inndelinger: Ved skarphet i væskene kunne man foreta seg en av fire ting, sa Callisen: For det første kunne man hjelpe de faste delene i å iverksette en forbedring av væskene, ved å for eksempel gjøre dem stivere og mer motstandsdyktige. For det andre kunne man minske mengden av de skadelige væskene ved å gi midler som gjorde at kroppen kvittet seg med dem gjennom svetting, oppkast, spytt eller diaré. Man kunne også blande midler som utlignet eller uskadeliggjorde skarpheten inne i selve kroppen, eller man kunne gi midler som dro skarpheten ut av væskene.⁴⁴³ Møllers hovedprinsipp for behandlingen er at de "fordærvede

⁴⁴⁰ John Arbuthnot, *An essay Concerning the Nature of Aliments, and the Choice of Them, According to the Different Constitutions of Human Bodies. In which the different Effects, Advantages and Disadvantages of Animal and Vegetable Diet, are Explained*, 4. utg. (London: J. and R. Tonson, 1756 [1731]), s. 154.

⁴⁴¹ Hughes, "The Rise and Fall of the 'Antiscorbutics'."

⁴⁴² Mülertz, *Bidrag til Oplysning om Radesygens Natur og bedste Lægemaade*, s. 89.

⁴⁴³ Går vi tilbake til Heinrich Callisen, og hans system over kirurgien, finner vi en omtale av hvilken behandlingsmåte som skal følges dersom sykdommen er en feilaktig sammensetning av skarphet i kroppens væsker ("Fehlerhafte Beschaffenheit der flüssigen Theile des Körpers"), slik vi så at de fleste radesykeforfatterne hevdet var tilfelle i radesyken i kapitlet om de proksimale årsaker. Callisen, *System der neuern Wundarzneykunst*, s. 140.

Vædsker” må settes i stand til å utføres, at midlene virker mildt, og at de velges etter legemets beskaffenhet. Man må gi medisiner i form av de salter som ”ere imodsatte den Skarphed og Fordærvelse, som findes i Legemet”, og i tillegg gi fortynnende midler som suppe, vann og melkevalle, slik at de kan fullføre helbredelsen ved å oppløse og forene seg med de skadelige saftene. Sykdomsårsakene alene kan bestemme hvilke midler som kan brukes for å forandre og forbedre saftene inne i kroppen (*method. alterans*), så vel som hvilken diett som skal brukes. Derfor vil også enhver skarphet i sjørbuken forlange sin egen behandlingsmåte og sine egne ”sig imodsatte” Lægemidler, samt sin egen Diæt, saafremt man ei vil helbrede ganske i Blinde”. Han presiserer derfor innledningsvis at ”man ligesaa lidet kan angive een eneste Maade at helbrede denne Sygdom paa, som man kan holde dens Aarsag for at være ikkun een”. Siden skjorbuk er av forskjellige slags typer anbefaler Møller diametralt ulik behandling i henholdssvis den salte, den sure og den forråtnede skjorbuk. (Møller s.231). Felles for alle er imidlertid at de fordervede væsker, etter å ha blitt opphevet eller mildnet av medisiner og fortynnende midler, skal føres ut av kroppen ved avførende midler. De milde midler er de beste, sier han, og anbefaler sennesblad, rabarbra, jalapperot, manna, engelsk salt, det winske laxevann, og latverg.

Hvis skarpheten i blodet er et kjøkkensalt finnes det ikke noe salt som kan oppheve dets virkning.⁴⁴⁴ Man må derfor ty til midler som oppløser saltet slik at det kan føres ut av legemet. Til dette duger rent vann, fersk kjøttsuppe, melkevalle avskilt med rensed vinsten eller andre sure ting. Møller sammenligner her effekten av dette med hvordan man utvanner salt kjøtt og fisk – slik smaken blir god etter utvanning, blir væskene også mindre salte. Milde dekokter, som dekokt på hundegressrot (*rad. Graminis*), skorsonnerot, sarsaparillrot og tordenskrepperot, malt drikk, bjørkevann og øl av malt og humle, eventuelt av furu og granknopper, enebær, terpentiner, eller harpiks – blandet med sirup og brakt til gjæring, vil alle ha samme effekt. Det vil også te og mineralske vann. Av alle disse er ett nok, ”naar dets Brug ikkun fortsettes”. Er sykdommen ikke kommet så langt, vil denne behandlingen i seg selv føre til at sykdommen oppheves. Er dette ikke tilfelle, må skarpheten fjernes fra legemet, noe som skjer ved uttømmelsene: ved svetten (den umerkelige utdunstning), ved urinen og ved åndedrettet.

Hvis skarpheten i blodet er sur, kan den nøytraliseres til et såkalt middelsalt ved å blandes med et alkalisk salt. Slike midler har man i en rekke urter, som skjorbuksurt, sennep, pepperrot, karse og sorte reddiker; i salt av brente planters aske; i salt av vinstein; i

⁴⁴⁴ ”[A]t forandre Kjøkkensalt ved andre Salte og bringe det til nye Forandringer, ere saadanne chymiske Forretninger, som ei kunne have Sted i det menneskelige Legemet“ (Møller s. 235).

hjørtetakksalt, i bitre urter som malurt, bukkeblad og korbenedikt og i kalkaktige midler som magnesium. Det middelsalt som da dannes, må imidlertid utdrives fra kroppen, ellers er det skadelig. Til dette må man benytte de fortynnende midler som ble omtalt i henhold til den salte skjorbuk, og endelig ved utkastelse av væskene. I den sure radesyke er imidlertid væskene seige, tykke og slimete, og derfor krever sykdommen kraftige, oppløsende og fortynnende midler. Ofte er kvikksølv den eneste mulige måten å oppløse dem på.

Levemåten tilkjennes en sentral plass i behandlingen. Ved den sure skjorbuk må man fjerne sur mat og drikke (edikk, sure frukter, surt øl, sur melk og melkevalde, og grovt og surt rugbrød). Ikke bare det som er surt utenfor magen, men også det som blir surt etter fordøyelsen, bør man holde seg unna i denne type skjorbuk, slik som alle plantevekster, inkludert mel, gryn, brød og øl. Til gjengjeld må man spise det som ikke kan bli surt: alt dyrekjøtt, helst viltkjøtt, tynne supper av dette, og skarpe og bitre urter. Dette er vel og merke ikke en varig kost. Når surheten er overvunnet, må kostholdet igjen balanseres og man må spise like mye kjøtt og grønnsaker.

Ved den forråtnede skjorbuk finnes det to slags skarpheter, nemlig den som preges av et flyktig alkalisk salt, og den som er en harsk, råttten og fordervet olje. Forråtnelsen fører til at både de faste og flytende deler oppløses, og det står ikke i legens makt å bringe de oppløste delene tilbake til sin naturlige blanding (Møller s. 246). Siden de forråtnede safter ikke kan gjøres til sunne safter ved legemidler, så må man forsøke ad indirekte vei, ved å svekke skarpheten og stanse forråtnelsen, og dernest utføre de fordervede væsker.

Når sykdommen er en fin, subtil forråtnelse er skarpheten et flyktig alkalisk salt, og kan følgelig svekkes ved å forenes med salt som har motsatt virkning, nemlig alle sure ting. Møller anbefaler derfor i denne arten av skjorbuk omtrent det motsatte av hva han anbefalte i den sure skjorbuk. Man bør spise kjøtt i eddik, og sure frukt og bær, som sitroner, pommeranser, multebær, tranebær og tyttebær. Igjen sammenligner han med hverdagserfaringen: råttent vann kan bli bra igjen ved å blandes med eddik, mens smitte kan forhindres ved at man stenker eddik på gulvet i hospitaler hvor det ligger mange syke. Her finner vi også en av de svært få referansene til krig. Møller viser til hvordan romerne ble kvitt forråtnelsesfeberen, en sykdom som før hadde tatt livet av flere enn det deres fiender hadde gjort, ved å gi sine menn eddik med vann i leiren. På samme måte virker eddik og de sure ting i denne type radesyke. Renset vinsteen og vitriolspiritus virker også syrliggjørende. De således tilførte sure ting kan svekke og stanse forråtnelsen. Men de fordervede væsker må også her utføres av legemet, ved de fortynnende midler (vann, tynne supper osv.) og ved å stimulere uttømmelsen. Spesielt nevnes her milde avføringsmidler som rabarbra og

sennesblad, som også kan forenes med sylrlige ting, som svisker, rosiner, og marinder. De skarpe skjørbuksmidler (skjørbuksurt, sennep, pepperot, karse, sorte reddiker) nevnes også i denne sammenheng, fordi Møller mener de i dette tilfellet ikke kan virke mot sykdommen (siden de virker alkalisk og derfor tenderer mot å forsterke svakheten, som jo karakteriseres av et alkalisk salt), og at deres effekt må skyldes deres evne til å fremskynde uttømmelse.

Kildene til forråtnelsen må også stoppes ved levemåten ved at man beveger seg i ren luft og ikke spiser rått mat. En diett som er forråtnelsens motsats kan virke helbredende, nemlig grønne urter, ”mel og gryn-spiser”, hagefrukter og frisk kjernemelk. (Møller s. 249).

Er sykdommen fordervet med en harskhet er det en langvarig sykdom. Da må kuren forberedes ved årelatning, avføringsmidler og brekkmidler. Igjen er det slik at det grove, seige og slimede i væskene må oppløses, og det skarpe fortynnes og utføres (Møller s. 255).⁴⁴⁵ Men de indre væskene må også forbedres. Rent vann er ikke tilstrekkelig som fortynnende middel i denne sykdom, derimot anbefales avkok (dekokt) av tre (guajak, gran, furu, einer); av bitre urter (jordrøykurt, såpeurt, bukkeblader), eller av røtter (tordenskreppes-rot, sarsaparille-rot, kinarot), tillagt litt spiesglad (antimon). Dette bør gjøres til deres ”bestandige Drikk”. Hvis man ikke kommer til målet med dette må man ty til kvikksølv: ”og maa jeg tilstaae, at jeg i dette slags Fnat, som kan have Lignelse med Spedalskhed, efter at have anvendt alt det, som Lægevidenskabens sunde og sande Læreregler foreskrive, ei har kunnet udrette noget uden dette kraftige opløsende Middel” (Møller s. 256-7).

Også Mülertz deler sin behandlingsmåte inn etter det han har anført som radesykens forskjellige årsaker. Mot den sure, alkaliske og salte radesyke må man innlede behandlingen med avføringsmidler. Derneft skal man ta i bruk de såkalte blodrensende midler, eller *species mundificans*. Blandingen inneholder sassafrasved, sarsaparillerot, kinabark og tartarsalt (vinstensalt). Ved den harske og tørre typen skal man ikke bruke *species mundificans*, da det bare forverrer sykdommen. Slik ser vi at Mülertz i likhet med Møller anser blodrensende midler (eller den forandrende metode) som uanvendelig i den harske typen. Mot den harske skal man forsøke maltinfusjon, mot den tørre formen kan man forsøke guajak og sarsaparillerot (Mülertz s. 95), samt røkelse. Mülertz er en stor motstander av kvikksølv, og hevder at merkuralia kan regnes blant radesykens medvirkende årsak (Mülertz s. 102).

Til tross for at Arbo relativt utførlig hadde beskrevet de ulike skarphetene som hadde regjert i legemet, styrer ikke dette hans omtale av fremgangsmåten ved behandling av radesyken. Han kommenterer da også dette selv. Selv om det finnes forskjellige typer

⁴⁴⁵ Bad er et viktig behandlingsprinsipp her og er omtalt i forrige avsnitt.

radesyke, har han ”ikke kundet bemærke, at denne Forskiel paa Skarphedens Art havde udfordret nogen væsentlig Forandring i Maaden at læge Sygdommen paa; thi den heri beskrevne Methode at læge Radesygen paa haver i alle Tilfælde giort sin gode Virkning”. De forskjellige behandlingsmåtene er hos ham bestemt av hvilken konstitusjon de syke har, men behandlingsmåten har i alle tilfelle ”viist, at den altid haver været i Stand til i denne Svaghed at corrigere ethvert Slags der forekommende Skarphed, at opløse de forslimede og seie Vædsker, føre Ureenheden ud af Legemet, og følgelig til at læge Radesygen fra Grunden af” (Arbo s. 34). Arbos bok kan som tidligere påpekt sees som et eneste langt forsvar for hans behandlingsmetode, som han her ikke bare utlegger detaljert og utførlig, men også gir totalt 15 eksempler på. De fleste av Arbos pasienter har han behandlet per brev, mange av dem har han heller aldri sett, men behandler på bakgrunn av beskrivelser i brevene.⁴⁴⁶ Han behandler radesyken med skjorbuksmidler, siden radesyken hører til skjorbuksklassen, og er en ”art af Samme”. De vanlige skjorbuksmidler har han forsøkt, men fordi det viste seg å være vanskelig å få tak i friske urter utenom sesongen og han ikke kunne overvåke pasientene under behandlingen, foretrekker han sin egen metode. Den ”swietenske mercurialløsning” med et *decocto lignorum* og laksermidler sier han er godt, men problemet er at pasientene skjuler sykdommen, og altfor sent søker hjelp. Sykdommen har derfor ofte gått altfor langt før de syke kommer til lege, og han anbefaler derfor sin egen metode, som er som følger: Kuren begynner med et laksermiddel (avføringsmiddel), en porsjon hver femte eller sjette dag, og så sterkt at det gir omtrent fem avføringer pr. gang. Laksermidlene består av *jalapperot*, *extractum panchymagogum crollii*⁴⁴⁷ og *calomel*, eller søtt kvikksølv.⁴⁴⁸ Det er en ”hovedsag, at Laxeermidlerne altid maae giøre en god og tilstrækkelig Virkning” (Arbo s. 44), og derfor oppgir han mange forskjellige resepter, slik at den syke kan velge medikament avhengig av sin tilstand. Sammensetningen av og mengden piller innenfor de enkelte resepter kan også varieres etter pasientens konstitusjon og styrke. Te, kjøttsuppe eller øl må drikkes etter hver avføring, og til middag den dagen skal de kun spise kjøttsuppe med brød til. Innimellom

⁴⁴⁶ Vi ser altså også her i det norske materiale hvor vanlig det var med konsultasjon per brev. Se for dette i en britisk kontekst Wayne Wild, *Medicine-by-Post: the Changing Voice of Illness in Eighteenth-Century British Consultation Letters and Literature* (Amsterdam: Rodopi, 2006).

⁴⁴⁷ Krünitz har denne innførsel om panchymagoga: *Panchymagoga*, solche purgierende Arzeneymittel, welchen man die Kraft zuschreibt, alle böse Feuchtigkeiten abzuführen. Bd. 106, s. 337. Zedler sier om *extract. Panchym. Croll.*: ”es ist kein besseres Purgiermittel, welches mit geringer Beschwerlichkeit, alle schädlichen Feuchtigkeiten ausführet, als dieses.“ Det er en svært innviklet komposisjon, i flere ledd, og inneholder i henhold til Zedler en rekke substanser, bl.a. svart julerose (helleborus niger), rabarbra, hermodactylus [enghumleblom], og pulpa av colocynth [bitter agurk]. Bd. 8, s. 1229.

⁴⁴⁸ Krünitz: ”Calomel nennt man eigentlich ein durch sechsfache [...] bereitetes Quecksilber, wodurch man es noch milder zu machen hoffte, in der That aber ein unsicheres Mittel erhielt, weil es durch die wiederholte Sublimation zum Theil wieder ätzend wird.” (119, 503)

laksermidlene gir han de *blodrensende piller* morgen og kveld, som hos Arbo består av *forgyllet antimonsvovel*,⁴⁴⁹ søtt kvikksølv (*calomel*) og guajakharpiks (*resin. guajac*). Dette må brukes til alle sårene er leget og og deretter i ytterligere to til tre uker, for å avsluttes med noen runder med laksermidler. Hele kuren kan ta to til tre måneder. (Arbo s. 45). I tillegg til laksermidler og de blodrensende piller skal pasientene ta de *blodrensende dråper*. Er "svagheden" ikke så sterk gir han dråper som består av *antimontinktur* og *treessens* (essent. lignor)). Er svakheten sterkere, gir han kvikksølvdråper (*mercur. sublim. corros*) med vin, eller kvikksølv med forgylt antimonsvovel og vin. I tillegg gir han et *blodrensende dekokt* av sarsaparillerot og kinabark, som kokes under lokk med vann til halvparten er fordampet. Deretter siles det og drikkes, en halv pott (ca. en halv liter) morgen, ettermiddag og kveld, alltid rett etter de blodrensende piller og dråper (Arbo s. 49). Det skal drikkes hver dag unntatt de dagene pasienten får laksermidler. Sårene vaskes og renses og forbindes daglig og påføres salve eller legebalsam (*balsam. arcæi*) og plaster. Spesielt fremhever Arbo det såkalte grønne hartmannske vann, som består av blant annet rosehonning, rent svovel, alun, irr, rosmarin, johannesblomster og solanivann.⁴⁵⁰

Arbo skriver en omstendelig bruksanvisning, også om hvordan medisinerne lages: hvor mye ild man skal ha, hvilke krukker man skal bruke, hvor ofte man skal røre og hvordan man skal se til at man får høy kvalitet på stoffene. I motsetning til hos Mangor er reseptene, som angis til fulle, likevel på latin, og derfor knapt beregnet på menigmann. Beskrivelsene hos Arbo skiller seg dessuten fra de andre radesykelegenes ved at han har lagt ved 15 pasienteksempler, som er ment å skulle bygge opp under fortrefeligheten av Arbos kur. Alle som en blir de helbredet av radesyken, selv om utgangspunktet er som verst.

Mangor organiserer heller ikke sin beskrivelse av legemidlene i henhold til hvilken skarphet som regjerer i legemet. Det har han da heller ikke oppgitt i kapitlet om årsaker. Det som bestemmer hans fremgangsmåte er sykdommens ulike stadier: Dreier det seg om radesykens høyeste stadium, spedalskheten, forlanger det en ganske annen og kraftigere behandling enn om det dreier seg om skjørbuk i annet stadium. I det første stadiet kan man nøye seg med å unngå kulde og *årelate*. Er skarpheten i kroppen stor bør man ikke årelate, men i stedet bruke *brekkvann*, slik at pasientene brekker seg fire til seks ganger, med galle. Er ikke hodepinen borte etter noen dager må man forsøke en ny runde med brekkvann. Det *oppløsende pulver* (vinstenkrystaller og brekkvinsten) skal brukes hver annen time. I det annet

⁴⁴⁹ Arbo oppgir Sulph. Aur. Antimon, det må være *sulphur antimonii auratum*, se Zedler bd 38, s. 932.

⁴⁵⁰ *Aqv. Virid. Hartmann*. I Zedler står det om det hartmannske vann: "Dieses Wasser hat keine geringe Kraft in Heilung derer Geschwüre des Mundes, des Schlundes und der Nase wie auch in Scorbutischen und Venerischen Geschwüren, wenn man sie mit Carpey, so in diesem Wasser gelegen, berührt." Bd. 2, s. 537-8.

stadium, eller når sykdommen kalles skjorbuk, skal man begynne med *avføringsmidler* (purgeerpulver= jalapperotpulver og engelsk salt) hver femte eller sjette dag. Mellom dette skal man ta oppløsende pulver fire til seks ganger daglig. Et par pottar (ca 2 liter) *skjorbukssaft* (av kokleare (skjorbuksgress), brønnkarse, løvetann og bukkeblad) skal drikkes daglig i noen uker. Den som har råd, kan raskere kureres ved å bruke *skjorbukksdråpene* (bukkebladestrakt, koklearebrennevin og sulfatspiritus). Prisen oppgis til 56 shilling, og er således forholdsvis høy). I tillegg kan man bruke malurtøl, pepperrotøl, pepperrotvin og furuknoppsmelk.

Har man ikke anledning til å kjøpe seg noe ferdig tilberedt, er det mye som kan duge: saften av kjørvel, syrer, bekkekløver eller geiteklov, bukkeblad, skjorbuksknopper eller vortegress, skjeurt eller finnmarskål, karse, eddik, sitronsaft eller rensket vinsten. Kvinnene kan, hvis de har mistet menstruasjonen, daglig drikke pepperrotøl eller malurtøl, og hver aften ta avførende piller. To til fire dager før menstruasjonen er ventet bør de ta seg årelate på en av føttene. I tredje stadium, når sykdommen er brutt ut på kroppen, og blitt til radesyke, strekker ikke skjorbuksmidlene lenger til.

Hvis problemet er begrenset til fnatt kan man begynne med *purgeerpulver* (jalapperotpulver og engelsk salt), som gjentas åtte dager etter. *Svoelblomster* skal tas morgen og kveld i to uker. Til det skal de drikke en pott (omtrent en liter) eller mer *dekot* (av species lignorum, eller guajaktre, einer, einbær og sassafras), og den tredje uke hver dag skal pasientene smøre seg med *svoelsalve*. Har man brukt bad, dekokt, purgeermiddel, svoelblomster og svoelsalve i tre uker uten forbedring, da brukes *fnattsalven* (med kvikksølv) i stedet for svoelsalven. Mangor advarer imidlertid mot kvikksølvforgiftning og ber pasientene omhyggelig holde utkikk etter hevelse i tannkjøttet, ømhet i munnen eller overstadig spyttproduksjon. Oppstår noen av disse fenomenene må man straks opphøre å bruke fnattsalven. Hvis det også er ringormer, er denne behandlingen ikke tilstrekkelig. Også her må man gi *purgeermiddel* en gang hver uke og hver dag minimum en pott *dekot*, men dekokten skal også tilsettes *kinabark*. Morgen og middag tas *skarntydepiller* eller *bukkebladspiller*, og hver kveld *blodrensende piller* (pulv.alterant. edinb samt kamfer). *Fnattsalven* skal brukes, men helst med bare halvparten av kvikksølvet. Hvis det derimot er sår i stedet for eller i tillegg til utslett, må man atter ha en annen fremgangsmåte. Man begynner, som før med ”purgeering” og dekokt, og fortsetter straks som ved ringormene med *skarntydepiller* og *bukkebladpiller* (er pasientene fattige kan de erstatte morgendosen med blodrensende piller, for det er billigere). Dekokten og pillene må brukes inntil 14 dager etter at sårene er helbredet. Mangor har også en relativt utførlig beskrivelse av sårforbindingen.

Dens hovedprinsipp er at knutene og flekkene må ”kureres indvendig fra, ligesom heele Sygdommen”. Siden sårene var kroppens forsøk på å bli kvitt en innestengt materie, var det ytterst farlig å behandle dem uten å gjøre noe med selve sykdommen, for da kunne sykdommen bli trengt tilbake i kroppen igjen når sårene lukket seg. Sårene må daglig renses, materien og væsken tørkes av, og deretter smører man *sårsalve* (unguentum basilicum) hvorpå man legger på plaster.⁴⁵¹ Hvis såret er stort kan man legge litt linskav med sårsalve ned mot såret under plasteret. Hvis sårene er urene eller stinkende forbinder man såret med *dyvelsdræksalve*. *Skarntydesalve* kan man påføre hvis sårets kanter er myke og lettblødende. Hvis såret er rent (det vil si at det er grunt, har jevn/bløt/rødaktig rand og jevn/blekrød og uøm bunn, som utskiller en hvitgul, tykkaktig, luktfri og sparsom væske), holder det å forbinde det kun en gang daglig. Sårene i halsen skylles med gurglevann eller skarntydevann og smøre sårene med skarntydesalve fem til seks ganger daglig.

De pasienter som lider av radesyken i fjerde stadium eller spedalskhet, bør inn i et sykehus, fordi sykdommen er vanskelig å kurere og så langvarig og innviklet at ”den gaaar over den Kundskab, som her kan meddeeles” (s. 85). Er ikke det mulig, kan man allikevel forsøke Mangors oppskrift: *Dekokten* tas som vanlig minst en pott per dag, blandet med nymelket melk hvis man har, og tilsatt et lodd kinabark (evt. kinapulver i tillegg). Hver morgen *piller av skarntyde og bukkeblad*, og hver kveld *blodrensende piller* (pulv. Alterant. Edinb og kamfer). Hvis man har diaré skal man utsette de blodrensende piller og i stedet ta skarntydepiller to ganger daglig. Ved nattesvette tas bare halvparten av bukkebladsekstraktet, men dobbelt så mye skarntyde. Hver fjerde kveld skal man ta *rabarbrapulver*, og hver middag en matskje *skjorbukksdråper* (bukkebladsekstrakt, koklearebrennevin og vitriolspiritus). Sårene forbindes daglig med *dyvelsdræksalve*. Endelig anbefaler Mangor *sultekuren*, som etter det han vet ikke er prøvd i Norge mot radesyken, men han skal ha hørt at den har hjulpet mot sykdommer ”af samme Art”. Man starter med purgeerpulver (jalapperotspulver og engelsk salt). Dernest skal man ta morgen og middag 10, stigende til 20 piller daglig morgen og kveld av skarntyde eller bukkebladpiller. Hver kveld to eller tre *blodrensende piller* (pulv. Alterant. Edinb og kamfer), og daglig to potter *dekot* (som vanlig av av species lignorum, eller guajaktre, einer, einebær og sassafra). Som navnet på kuren sier, er dette en kur med lite mat: man skal maks spise seks lodd (ca. 96 g) stekt kjøtt (oksekjøtt, kalvekjøtt, lam eller høns) og

⁴⁵¹ Mangor anbefaler her en rekke forskjellige plastre; (emplastrum diachylon compositum) som koster seks shilling loddet (bylleplaster); Emplastrum diapompholygos (blyplaster) som koster tre shilling loddet, og emplastrum defensivum rubrum (rød defensivplaster) eller salmeyepaster (E. de lapide calaminari) som begge koster to shilling loddet.

åtte lodd (ca. 128 g) brød hver dag,⁴⁵² og ikke drikke annet enn dekokten. Denne kuren varer i 4–8 uker. Sultekuren var en veletablert behandlingsmåte i medisinen, og handlet om å gi pasientene svært lite og bare en viss type mat. Dermed kunne deres helbredelseskrefter konsentreres rundt den medikamentelle behandling. Den ble ofte forbundet med svettekur. Mengden Mangor foreskriver er dog mer enn det som vanligvis ble gitt ved sultekuren, som oftest bestod av fravær av fast føde.⁴⁵³

Hvis det er blanding med venerisk sykdom ”eller Franzoser”, viser dette seg ved knuter i ”lårkraagene”, ”kræftagtige saar paa hemmeligheden” eller rundt ” rumpehullet”, ”flod” og svie ved vannlatning,⁴⁵⁴ rødt utslett i pannen, ”fleskagtige” sår på kroppen eller røde flekker der sår har vært. De skal behandles på vanlig måte med purgeerpulver, dekokt, piller og bad, og eventuelt få smørekur eller piller i tillegg. Hvis radesyken er blandet med engelsk syke skal man ikke gi de syke noe å purgeere på, derimot morgen og kveld gi to skarntydepiller og en halv pott dekokt. Det viktigste er at de syke må vokte seg for alt surt. Mangor vil helst unngå kvikksølv, men i sykdommens avanserte grad kan man ikke unngå å bruke ”fnattesalven”. En av hans blodrensende piller (purgeerpiller, oppskrift nr. 5 s. 53) inneholder også kvikksølv. Mot de ”Mange” som mener det er nødvendig å bruke kvikksølv mot venerisk sykdom, sier han: ”men ofte er det skadelig, og de fleeste Gange unyttigt. Man har bedrøvelige Exempler paa, at saadanne syge have saliveret sig til Døde; andre have faaet Durkløb, som enten har dræbt dem eller mege svækket deres Helbred”. Man bør alltid først forsøke den vanlige kur, men er ikke dette tilstrekkelig kan man bruke ”merkurius” (kvikksølv) enten utvendig eller innvendig. Man begynner med høyre fot, gnir kvikksølvet nøyaktig inn der, tre dager etter fortsetter man med den venstre fot, den sjette dag på høyre kne, den niende dag på venstre kne, den 12. i den høyre lyske og ned mot låret, den 15. i den andre lysken og låret, den 18. omkring høyre håndledd og den 21. omkring venstre, den 24. omkring høyre arm, den 27. om den andre, før man endelig den 30. dag begynner igjen på høyre fot. Hver dag må man se etter i munnen om det forekommer spyting (salivasjon). Så snart man merker dette skal man utsette videre smøring, og for å unngå spyting bør man ta

⁴⁵² Det gikk 16 lodd på en mark, og siden en mark var ca. en kvart kg. tilsvarte et lodd ca 16 gram. Et lodd kunne igjen deles inn i fire kvintin á ca. fire gram.

⁴⁵³ Se f.eks. innførselsord i Zedler, bd. 13, s. 637.

⁴⁵⁴ Mangor opererer tydeligvis ikke med et skille mellom flod og franzoser, dvs mellom gonorré og venerisk sykdom. Dette var et omstridt tema i samtiden. Hunter hadde ved et omstridt eksperiment der han inokulerte puss fra en gonorré på seg selv og senere utviklet venerisk sykdom ment å ha påvist at det dreide seg om samme sykdom, men det var stor uenighet vedrørende dette. Se f.eks. for en dansk-norsk kontekst Todes avhandling om drypperten, som konkluderer med at de er to slags sykdommer. Jfr. Johan Clemens Tode, *Nöthige Erinnerungen für Aerzte und Kranke, die den Tripper heilen wollen* (Kopenhagen: Joh. Gottlob Rothenschen, 1777).

varme bad hver gang etterpå, fordi svetten forhindrer spytingen (s. 93). Det er her en klassisk likevektstankegang Mangor oppviser; svetten forårsaker at væsken kommer ut et annet sted, altså slipper man spytingen. Hvis materien er ”god”, sårene nesten bra og nettene uten nattesmerter, da har man gitt nok. Det er imidlertid ikke alltid likt i alle tilfeller hvor ofte man skal smøre. Vanligvis behøves 32 smøringer, ”undertiden fleer, sielden færre, naar det skal være tilgavns, og Sygen har varet længe, og er ret indgroet i heele Legemet, som den vist er hos alle de paa Landet, der søge Hielp.” (Mangor s. 94). Men ett er likt for alle: De må utvise stor forsiktighet. Innvendige midler er så farlige og medfører så mange vanskeligheter at de ”nok ei kan overdrages i deres Hænder, som ei have lært Lægekonsten”. Til barn kan man gi et eget kvikksølvpulver. Mangor avslutter kapitlet om kvikksølvkuren med å presisere at: ”Men det kan jeg ei undlade at igientage: den som har Leilighed at helbredes af en kyndig Læge, skal ei vove at bruge denne Kuur paa egen Haand, eller under nogens Opsigt, som ei er Læge, thi uden al Fare, er den ei altid.”

Til slutt diskuterer Mangor problemet med den hyppige residivfrekvensen: sykdommen bryter ofte ut igjen etter avsluttet kur. Årsaker til dette kan for det første være at kuren ikke har vært riktig, og bare har helbredet det ”udvendige af Sygdommen, men lader det indvendige blive, som det var” og at kuren har dempet sykdommen bare for en kort tid, uten å helbrede den ordentlig, hvilket ”almindelig skeer ved de fleeste Spøttekurer [kvikksølvbehandling]”. For det andre kan residivet komme av at den syke ikke lenge nok har brukt de nødvendige midler, men sluttet så snart sårene var leget, og ”Sygen saaledes skiult”, enten dette nå skyldes at den syke ikke har råd til flere medisiner eller det ”er en Følge af den Ligeegyldighed, som mange af almuen have over Svagheder, der ei lægge dem ganske til Sengs, og ei gjøre dem modbydelige”. En tredje årsak til at pasientene får tilbake sykdommen er når de, etter avsluttet behandling, vender hjem. Da kan de bli smittet på ny, eller de kan bli syke av å gjenoppta sin skadelige levemåte, som nå, siden de har et svekket legeme, lettere fører til radesyge.

Behandlingen bør starte tidligst mulig, da tar den også kortest tid. Begynner man først å behandle i sykdommens tredje eller fjerde stadium, altså etter at sårene har brutt ut, er den vanskeligere å lege og man må minimum behandle i åtte til 10 uker, og vanligvis et halvt år. Dette er helbredelsens kjennetegn: de som har sykdommens annen grad vil igjen kjenne seg lette i kroppen, ikke ha hevelse i ansikt, hender eller føtter, ingen stivhet og verk i lemmene, og god matlyst, rolige netter og en fin ansiktsfarge. Har de syke radesyken i tredje grad må sårene i tillegg ha vært helbredet i minst tre måneder, uten å etterlate seg røde kløende arr og flekker. Har man derimot en ”bleeg eller gulagtig eller kobberrød” ansiktsfarge, natteverk,

stivhet i armer og bein eller svekkede krefter og lite appetitt, kan man vite at ”Sygen staaer i Kroppen, og vil ved første givne Leilighed igien brække ud, som kan skee om een, men ogsaa om 3 Maaneder” (Mangor s. 101– 2). Er noe av dette tilfellet skal man fortsette med behandlingen, og har man ikke mulighet til å kjøpe mer, ”da see at faae dem for intet; thi ellers er den foregaaende Bekostning spildt. Ingen troe, at Sygen i tredie Grad kan kureres tilgavns ved lidet Plaster og nogle faa Urter, eller en Drikk, som de kalde det”.

Når det gjelder bruk av kvikksølv, står Henrik Deegen i en særstilling. Han mener at kvikksølv ”uden al Modsigelse” er det beste middel:

Uagtet den meget Umage jeg har gjort mig og alle de mange Forsøg som jeg har havt Leilighed at anstille med dem der have havt Radesygen i alle 3 Perioder; har dog ikke et eneste villet lykkes mig, nemlig at kurere nogen uden Merkuralier, blot alleene med de almindelige blodrensende og afførende Lægemidler; som i een hvis Bestemmelse i Almindelighed alleene virke paa de trende privilegerede Rensnings-Kanaler. (Deegen s. 26).

Det interessante er at Deegen snur argumentasjonen vi har sett mot kvikksølv hos Mangor og Møller. De sistnevnte påpeker hvordan kvikksølv bare virker midlertidig, demper sykdommens utbrudd, men lar sykdommen være tilbake i kroppens skjulte dyp. Deegen argumenterer imidlertid for at selv om sykdommen av og til er blitt stanset i sin fremgang og symptomene blitt dempet ved bruk av blodrensende og avførende midler, må et ganske annet legemiddel anvendes dersom kroppen skal bli grundig og fullkomment helbredet: Dette midlet er kvikksølv, som er ”det eeneste og sande Specifikum imod denne arrige og onde Sygdom”. Ved dette midlet fjerner man ikke bare sykdommen, det er også slik at etter noen få runder med kvikksølv, forsvinner selv de ”sværeste Tilfælde” på en ”forunderlig og behagelig Maade” og blir helt borte. ”Meere specifique kunne Mercurius jo ikke beviise sig i den friskeste og minst udartede veneriske Sygdom.”

Deegen foretrekker den ”innvendige bruk” av kvikksølv, da man på den måten trenger mindre kvikksølv, fordi strikaden eller smørekuren er mindre virksom. Her skriver Deegen seg inn i samtidens kvikksølvdebatt – og argumenterer for en indre bruk, som er samsvarende med den praksis som etter hvert ble gjort gjeldende i Europa på 1700-tallet. Det er imidlertid slett ikke sikkert det ville vært stor enighet i samtiden om å anbefale bonden å bruke kvikksølv selv. Selv om Deegen presiserer at bruken av det krever en ”stor Nøyagtighed og Forsiktighed”, mener han at det kan være tilrådelig å dele ut kvikksølv på landsbygda så lenge bøndene forsynes med en kort instruksjon. Dette må ha vært en svært radikal posisjon, og svært forskjellig fra Mangors, som i opplysningssjangerens kontekst velger å ikke føre opp kvikksølv til indre bruk, fordi det er for farlig. Under kuren skal pasienten holde seg i jevnt temperert varme, og vokte seg for kald luft. Videre må pasientene

ikke spise sur eller salt mat, mens kjøtt supper og ”melkespise” er bra. Begynner pasienten å spytte må han ikke ligge på ryggen, for da kan han komme til å svelge det ”hidsige” spytt og slik få dødelig diaré. I dette ”kritiske Tidspunct” må han heller ikke nyte kald mat eller drikke, for derved kan spytingen bli stanset, og forårsake alle de ubehageligheter som en ”undertrykt Krisis fører med sig, hva enten denne er bevirket af Natur eller Kunst” (s. 29). Pasienten tåler heller ikke sterke legems- eller sinnsbevegelser, og må holde seg i en rolig ”Forfatning baade paa Sjæl og Lægeme”.

Når C. W. Boeck beskriver Deegen som en foregangsmann for 1800-tallets medisinske tenkning, er det fordi Deegen i likhet med Boeck mente sykdommen var venerisk. Deegens diskurs om spesifikke er hentet fra tradisjonen etter Paracelsus, og peker like mye bakover som forover. Vi ser også at han trekker like store veksler på den hippokratiske tradisjon. Krisens betydning peker henimot det, i særdeleshet uttrykket ”undertrykt Krisis”. Her har vi igjen med en likevektstankegang å gjøre, som også kan spores i den vekt han legger på sinnsbevegelsenes betydning, kostens betydning i kuren (der det endog kan spores et iatrokemisk utgangspunkt i hans vektlegging av sur og salt mat som skadelig). Alt i alt er det også mye som forener Deegen med de andre. Han forfekter riktignok et spesifikum, men han baserer kuren med det spesifikke medikament på en fremgangsmåte som i mangt ligner den de andre har.

5.2.2. Ordliste

Acetosella: Gjøkesyre.⁴⁵⁵

Alterantia: ”forandrende legemidler”. På 1700-tallet gruppebetegnelse for de midler som forandret menneskets væsker (f.eks. fortynnet tykke og slimete væsker), uten å virke avførende, brekningsbefordrende eller svettedrivende.⁴⁵⁶ Hos Zedler er de omtalt under oppslagsordet *Allojotica*, som legemidler som gjennom gjæring og avledning (*jähren und abläutern*) endrer og rengjør blodet. Stort sett en blanding av forskjellige grønne vekster (han nevner løvetann, fenikkel, endivier med mer) som kokes og tilberedes. Schneider referer til Ernsting, som i 1750 regnet bl.a. disse midler til *alterantia*: absorbentia, aquae, salina (salt), terrea, sulphurea, anodyna (smertestillende), acida og diluentia.⁴⁵⁷ Hos Arbo regnes disse som alterantia: antimon, calomel (kvikksølv), guajacgummi. Hos Mangor består de blodrensende piller av *pulv. Alterant. Edinb.*, den blodrensende te av *species lignorum*: en blanding av guajak, einer og sassafras, som skulle tas enten som dekokt eller som te. Hvis det skulle brukes som dekokt skulle det kokes i rennende vann til det halve, og ha det på en flaske. **Antimon:** Av alkymistene kalt filosofens bly. Brukt til sminke og innlemmet av Lavoisier som et av grunnstoffene i det periodiske system i 1789.

⁴⁵⁵ Schneider, *Lexikon zur Arzneimittelschichte*, bd. V/2, s. 395 (under oppslagsordet Oxalis).

⁴⁵⁶ Ibid.

⁴⁵⁷ Zedler, bd. 1, s. 677. *Compendium Medicina Universae* (Zwinger) definerer alterantia slik: “Alterantia sunt, quae partes Sanguinis vitiosas corrigunt, et temperant, deficientes restituunt, abundantes, aliarum additione, ad debitam proportionem reducunt, et ita Sanguinis aequabilem fermentationem, omnemque Succorum debitam ad se invicem proportionem reparant.” Det dreier seg altså om midler som korrigerer blodet, restituerer mangler.

Blodrensende midler: I Zedlers universalleksikon defineres "sanguinem purificantia, depurantia, mundificantia" som synonymer til de blodrensende legemidler. Videre heter det at det er en fellesbenevnelse hvorunder mye forskjellig blir forstått, alt etter omstendighetenes og årsakenes beskaffenhet. Som eksempler nevnes svette- og urinfefordrende midler, purgantia (avføringsmidler), og vomitoria (brekningsmidler), og Schneider legger til at også antiscorbutica og expectorantia var med her.⁴⁵⁸

Brekkmidler: tartar emetika og rent vann.

Brekvinsten/tartar emetica: brekkmiddel.

Bukkeblad: Trifolium fibrino hos Mangor

Cicuta: Skarntyde. Finnes hos Dioskorides. Ofte også kalt Conicum maculatum.⁴⁵⁹ I Mangors *Land-apothek* står det at den gjør god nytte i skabb, skurv, skjorbuk, kreft, radesyke, "onde Saar", "gammel Gigt, haardhed i Brysterne, Leeren eller andre Steder i Underlivet", mot kjertelknuter, og smerte i livmoren.⁴⁶⁰

Cochleare: skjorbukgress. Et tidlig anvendt middel mot skjorbuk.⁴⁶¹

Corbenedikt: Cnicus benedictus eller benediktinertistel. Mye brukt mot pest.

Dekokt: et avkok, eller et vandig ekstrakt, som er utvunnet ved koking av faste droger, som for eksempel trær, røtter og et medisnprodukt som har oppstått ved at en substans har blitt kokt og oppløst.

Guajakved, eller lignum guajaci, lignum sanctum eller pokkenholz var et legemiddel som kommer av kjerneveden i store og grove grener av treet guajacum officinale. Det ble brakt til Europa i 1502 fra Santo Domingo, og var fra begynnelsen av en svært dyr medisn, populær mot den veneriske sykdom som herjet Europa da, i Norge kalt franzoser eller pokker, derav navnet pokkenholz. I dag brukes guajak i hemofec-testen, for å påvise skjult blod i avføring.

Jalapperot: Rot av planten mirabilis jalapa. Et av de vanligste avføringsmidlene. Se purgantia.

Kinabark: Chincona officinalis, cortex peruvianus, peruviansk bark. Den ble innført av jesuittiske misjonærer til Europa på midten av 1600-tallet og brukt mot febersykdommer, særlig malaria. Navnet kinabark har ikke noe med landet Kina å gjøre, de skriver seg fra det indiske navnet på sykdommen, quina-quina eller kinakina. I 1820 ble virkestoffet kinin isolert fra barken. Mangor skriver i sitt *Land-apothek* at den er bra mot skabb, radesyke, venerisk sykdom, gikt og "sure Ben".⁴⁶²

Melkevalle, se serum lactis.

Nasturt. Aqvat: Brønnkarse. Blant de gamle skjorbuksurtene.

Oppløsende midler: Hos Mangor: vintstenkrystaller og brekkvinsten (crystall. tart og tartar. Emet.) (Mangor s. 51).

Purgantia: avførende midler. Jalapperot (rot av planten mirabilis jalapa). Kvikk sølv. Mangor: Jalapperotpulver og engelsk salt (purgeerpulver). Purgeerpiller: jalappeharpiks og søt kvikk sølv (Mercur. Dulc). Avførende piller: myrra, galban, aloe, nyserotsekstrakt og jernvitriol.

Sarsaparilla: Sarsaparilleplanten ble brukt mot venerisk sykdom og kronisk revmatisme (den var svært dyr). Ordet skriver seg fra spansk zarza, (bjørnebær), og parilla (liten vinranke).

⁴⁵⁸ Zedlers universalleksikon, bd. 4, s. 139. Schneider, *Lexikon zur Arzneimittelgeschichte*, s. 67.

⁴⁵⁹ Skarntyde eller "common hemlock" ble anbefalt av en av 1700-tallets store leger, A. Störck i A Störck, *Libellus, quo demonstratur; cicutam non solum usu interno tutissimi exhireri, [...] curatu impossibiles dicebantur* (Wien: J.T. Trattner, 1761).

⁴⁶⁰ Mangor og Tode, *C.E. Mangors Land-Apothek*, s. 136-7.

⁴⁶¹ I sin *Norriges beskrivelse* sier eksempelvis Ramus at "[I]mod Scorbut, som er Landets almindelige Sygdom, [brukes] allehaande Nasturtia (karse), Trifolium Fibrinum, Cochlearia og Muldebær, som føres allermost fra Nordlandene." Ramus, *Norriges Beskrivelse*. Både skjorbuksurt (Cochlearia) og bukkeblad (Trifolium Fibrinum) var altså i vanlig bruk i Norge ved begynnelsen av 1700-tallet.

⁴⁶² Mangor og Tode, *C.E. Mangors Land-Apothek*, s. 114-5.

Sassafras: Ansett å være svettedrivende middel. Opprinnelig fra Nord-Amerika, ble importert til Europa på 1500-tallet. Ble opprinnelig brukt mot venerisk sykdom, etter hvert også mot en rekke andre sykdommer (I Zedlers universalleksikon anføres at den er god mot en rekke sykdommer, blant annet vattersott, hodepine, forkjølelse, langvarig feber og gikt).

Senesblad: småblad av halvbusken *Cassia Angustifolia*, brukes i dag i senneste.

Serum Lactis: melkevalle. I Mangors *Land-apothek*: ”er et ret godt Middel i mange Sygdomme, baade til at lædske sig paa, og til at afkiøle og rense Blodet, er derhos og noget nærrende. Den er derfor god i alle Galde- og Forraadnelsesfebre, Blodgang, hidsige Febre, Gigt, Skiørbug, Podagra og Svindsot.” Lages ved å koke søt melk til den er skilt, sikte den gjennom et klede og la den stå.

Skjørbuksdråper: bukkeblad-ekstrakt og koklearbrennevin samt vitriolspiritus(svovelsprit) (Mangor)

Skjørbukssaft: frisk kokleare blandet med brønnkarse, løvetann og bukkeblad.

Solutio Swietenii: Merkurialbrennevin.

Svovelblomster: Fremstilles ved langsom destillasjon av rått eller urent svovel, fulgt av kondensasjon i fast form (sublimering) som fine, lette partikler.

Taraxico: løvetann.

Vinsten: tartar.

5.3. Konkluderende betraktninger

Hvordan fremstår så radesyken i disse behandlingsorienterte avsnittene? Vi ser her bildet av en sykdom som ikke egentlig kan skilles fra sine omgivelser. Dette skyldes delvis at behandlingen alltid må individualiseres, og slik ikke lar seg løsrive fra omgivelsene og den enkelte kropp, som forårsaker sykdommens individuelle uttrykk. Delvis skyldes det at sosioøkonomiske forhold blir sentrale, især fattigdomsproblematikken i en enda mer konkret form enn det som var tilfelle med hensyn til radesykens årsaksforklaringer. Fattigdommen gjør at radesyken kureres for sent, noe som dels skyldes de fattiges forlegenhet og uvitenhet (hvilket er uløselig knyttet til deres fattige stand), så vel som det faktum at de mangler penger til å betale for behandlingen. Fattigdommen er tatt høyde for i forskjellig grad i disse tekstene. Arbo nevner knapt priser, og trekker i liten grad inn diskusjoner om hva de syke kan ha råd til. Bare unntaksvis understreker han at et medikament muligens er for kostbart. Så forteller da også Mülertz om en mann som hadde blitt ruinert etter forgjeves å ha søkt hjelp for sin sykdom. Han hadde fått tips om Arbos kur, men måtte gi opp fordi det var for dyrt.⁴⁶³ I motsetning til de andre radesykeforfatterne er ikke fokus hos Arbo entydig på den fattige stand. I hans pasienthistorier beskriver flere pasienter *utenfor* allmuen. Blant de eksempler han nevner finnes en tobakksfabrikkør, en ”datter af Hr E.W”, en ”søn av herr RR”, to ”madammer i Friedrichshald”, en ”Jomfru i Drammen”, ”to herrer i Kragerø” og to ”Herrers

⁴⁶³ Pasienten hadde brukt alle sine penger på en kur i London hvor han ”lå under to store Læger” i 17 uker uten tegn til bedring. Mülertz refererer hans fortelling: ”Jeg tenkte da at ville reise til Doctor A... i D.... og fik et recommendationsbrev[...] Han fordrede saa meget, som jeg ikke havde Penge hos mig til.” Det dreier seg nok om doktor Arbo i Drammen (Jfr. Mülertz s. 66)

barn”. Det vil si, av de 16 pasientbeskrivelser Arbo mer utførlig presenterer, er det bare seks som er av bondestand. Pragmatisk sett var det nok klokt å vise til at også pasienter av den høyere stand hadde blitt hjulpet av medisinerne hans – slik kunne dens betydning ytterligere promoveres. Det er verdt å merke seg at også Arbo til tross for dette knytter sykdommen til fattigdom. Mangor går som sagt et skritt videre og oppgir priser på alle sine medikamenter, og foreslår ofte alternative og billigere alternativer dersom den anbefalte medisin er for kostbar. Denne overlegningen er imidlertid helt fraværende når det gjelder kosten. Forslaget om å vende seg til en diett som foruten kjøttsuppe også består av kjernemelk, kalvestek, lam, høns, og fuglevilt, tar slett ikke høyde for bondekostens begrensninger.

Men det som først og fremst karakteriserer disse redegjørelsene, er den uendelige moduleringen radesyken er gjenstand for når den slår seg ned i den enkelte kropp. Dette gjør at dens utslag er mange og varierte i henhold til ikke bare hvilken kropp den slår seg ned i, men også hva slags forbindelser denne kroppen inngår i med sine omgivelser. Siden sykdommen på den måten er individualisert i den enkelte kropp, må den også behandles individuelt. Derfor blir det ikke mulig å foregi en universell behandling, som passer i alle tilfeller. Selv Henrik Deegen, som foreskriver én type behandling i alle typer tilfelle av radesyken, nemlig kvikksølv, understreker at behandlingen må individualiseres.

6. Radesykens forebygging

Opplysningstidens mest populære idé om behandling var det utopiske mål om å eliminere sykdom overhodet: gjennom forebyggende virksomhet. Som vi så i introduksjonen til denne delen, skriver radesykeavhandlingene seg rett inn i en slik tradisjon. Dette fordi bøkene i seg selv ble ansett ikke bare som en nøkkel til å kjenne igjen sykdommen og til å motivere pasienten til å ta kontakt med de riktige medisinske behandlere: de utdannede legene eller kirurgene. Bøkene skulle også virke forebyggende. Mange av dem behandler derfor forebygging av sykdommen som et sentralt aspekt, mens noen er mer kortfattet. Møller konkluderer med at et godt forebyggende tiltak ville være å opplyse allmuen om skjørbukens årsaker så vel som dens forebygging og helbredelse: ”At Skiørbugs Aarsager derfor blive almindelig bekiendte og alle indprentede; samt at den, saavel Præservativ som Lægemaade, der bestaaer fornemlig i Diæten, ligeledes bliver bekiendt og begribelig for enhver, vil være meget nyttig, og formindske deres Tal, som anfaldes af denne Sygdom.” (Møller s. 232– 3).

Nicolay Arbo er blant de mest skeptisk med hensyn til muligheten av konkret forebyggelse. Etter å ha fremlagt en rekke suksesshistorier om sin behandlingsmåte, spør han om det ikke skulle være mulig å utrydde sykdommen når man har en så fullkommen kur.

(Arbo s. 123). Svaret er negativt: fordi radesyken er en skjørbutisk sykdom, og fordi sykdommen ”endemisk hersker i et Land, hvis Beliggenhed, Clima, Luft, Vand, Indvaanernes Levemaade og Næringsmidler, altid maae foraarsage, at der samler sig en skjørbutisk Skarphed og Ureenhed i væskene”, så må man anta at sykdommen alltid har vært og alltid kommer til å forbli i Norge. Ja, ikke bare det, men fordi sykdommen i tillegg både kan nedarves og smittes, er det ikke annet å vente enn at sykdommen vil få en stadig større utbredelse. Men denne siste faktor kan til gjengjeld forebygges hvis man tar sykehus i bruk. På den måten ville man få helbredet de som led av sykdommen, og dermed minske utbredelsen. Sykehus kan derfor føre til at ”mange Mennesker, som ellers af denne Svaghed enten skulde være blevne til Krøblinge, eller og vel døde deraf, derved kunde blive conserverede til Statens nyttige Borgere”. Sykehus er derfor, mener Arbo, det beste middelet til å hemme sykdommens omfang, til tross for at den ikke kan utviskes fullstendig på grunn av landets beliggenhet.

Med C. E. Mangor forholder det seg annerledes. Gjennom hele hans tekst kommer det til syne en radesyke som kan forebygges, dersom bare bøndene vet å ta seg i vare, i hvert fall gjelder det i de første stadiene av sykdommen. Sykdommen kan unngås dersom man er forsiktig, og forholder seg omhyggelig til de levereregler han skisserer. Det står med andre ord i vår makt å unngå sykdom. Derav følger hans konklusjon vedrørende de som har sykdommen i høyeste grad: ”den, der lader Sygen komme saavidt, maa være meget fattig, og trænger derfor til fri Kuur og Pleie” (Mangor s. 85). De som ikke er så fattige lar ikke sykdommen gå så langt. I begynnelsen av sykdommen, når den ennå er en forkjølelse uten skarphet (Mangor s. 65), kan sykdommen unngås dersom pasienten vokter seg for hete, særlig hvis han har vært ute i kaldt vær. Men det aller viktigste er å forebygge sykdommen før den har begynt. Han anser det som ”noget af det vigtigste angaaende denne Syge, at kunne forekomme den” (fortalen). Hele det siste kapittel er viet sykdommens forebyggelse. I likhet med Arbo understreker han riktignok at ”Radesygen [vil] være til, saa længe Norge er til, og Fiskeriet og den dermed forbundne Levemaade og Fattigdom er til”, men den kan begrenses og gjøres mindre ødeleggende. For det første må nordmennene være forsiktige i sin diett. Først og fremst må de holde seg unna råttent fisk og kjøtt, og Mangor beskriver grundig prosessen med salting av både kjøtt og fisk. Fet fisk, fiskeinnvoller og speket mat må tilsettes eddik, og ferskt flesk må spises med sennep. Har man ikke eddik og sennep for hånden, kan det til nød tilsettes noe annet surt. Kjøtt av syke dyr må ikke spises, og alle dyr må gis sunn føde. Man må begynne å dyrke poteter og haveurter (gulrøtter, persillerøtter, sellerirot, pastinakk, skorsonnerot, sellerirot, sennep, persille, selleri, timian, merian og all slags løk). Drikkevannet

må være rent, og alle typer melk, det være seg surmelk, valle av søt eller sur melk, eller blande er fordelaktig. Øl, som er ”sjeldent for den norske Allmue” bør konsumeres i økende mengder, gjerne mer humlesterkt enn ellers. Brennevin i små mengder er medisin, rus må derimot unngås. Ullklær må erstattes med bomullsklær, og klærne må sitte tett inntil kroppen. Støvlene og klærne må tørkes etter hver gang de har vært våte, og ikke i samme rom som bonden oppholder seg. De må bade en til to ganger i uken.

Mangor innser at det ikke er mulig å be den fattige bonde om å slutte med fisket, men oppmuntrer dem til dans under fiskeriene, så de kan svette ut den giftige materie de har oppsamlet under slitet på sjøen. Husene må bygges annerledes, og bli høyere under taket, det må bygges vindovner i stedet for bileggerovner, og vinduene må kunne lukkes opp. I husene må det herske renslighet, og kjøkkenet må være atskilt fra stuen. De må bruke tørr ved eller torv, ikke våt, og gulvet må vaskes en gang per uke. Husene må luftes daglig, og røykes med enebær for å få ut den vonde lukten. I det hele tatt anbefales ”Al muelig Reenlighed”; ”den er vel nyttig for alle Folk i alle Lande, men især nødvendig for den norske Almue, og meest ved Strandkanten for denne Sygdoms skyld.” (Mangor s. 113). Kvinnene anbefales å være spesielt forsiktige under menstruasjonen, for da er de mer utsatt for sykdommen. Mennene oppfordres til å ha et tett rom i båtene hvor de kan gjemme sin proviant. Mangor gir detaljerte angivelser av hvordan maten kan oppbevares og hva slags mat som egner seg best. Barn av begge kjønn må læres å spinne ”uldent og linned”. Uten bomull kan radesyken ”aldrig udrøddes”. Sist og ikke minst, må de sky all smitte. Under ingen omstendigheter må de dele seng med fremmede, og ikke heller drikke av samme kar eller røyke av samme pipe med noen som ikke ser friske ut, er hese eller forstoppet i nesen, eller har sår, ringorm eller fnatt. I hus hvor det har vært dødsfall eller lange sykeleier, må en brenne alle klær, eller eventuelt koke dem i sterk lut. Sengeklærne må brennes eller fjærene kastes, og laknene kokes som klærne. Hvis veggene er lagt med panel, bør panelet rives av og brennes, og veggene vaskes med sterk lut. Tenker en å skaffe seg amme må hun besiktiges av en doktor, som kan undersøke om hun har sår i ansiktet, på hodet eller på kroppen, i halsen eller mellom bena, om hun har utslett, ringormer, knuter eller følelselsløse flekker, røde arr eller flekker etter nylegte sår, om ansiktsfargen er god, ren eller blek, gul eller rød/hissig, eller om hun har utflod. Når noen gifter seg bør de være like omhyggelig med sin fremtidige ektefelle. På samme måte må de hjemkommende soldater og matroser sjekkes omhyggelig for tegn på sykdom, og kvinner ved strandkanten eller i byene formanet til å holde seg vekk fra fremmede mannfolk. (Mangor s. 117). Hvis noen først er så uheldig at de har fått sykdommen finnes det råd: de må komme tidlig til behandling. Siden slag er et av sykdommens utløsende årsaker, må de være forsiktige så de

ikke får et støt eller slag hvis de befinner seg i et område hvor sykdommen er vanlig. Får de frost i ansiktet må de gni det med snø. Etter at man har blitt kureret av radesyken må man holde seg inne i det minste to til tre uker etter at en har sluttet å bruke medikamenter. Presten spiller en viktig rolle hos Mangor. Han kan bekjempe overtro fra prekestolen, og spesielt forestillingen om at at radesyken kommer av ønsker, eller av Guds straff for foreldrenes og besteforeldrenes synder. (Mangor s. 119). Hvis prestene informerer allmuen om radesykens relle årsaker, kan en også forhindre utbredelsen. Til syvende og sist vil dette også gavne prestene, fordi de selv er utsatt for smitten.

Mülertz fremhever at sunn drikke, gode klær, måtelig inntak av fisk, regelmessig vask og bruk av midler som te og balsam mot slag og støt kan fungere forebyggende. I tillegg anbefaler han at allmuen får kortere vei til kirken, at man anskaffer seg tresko til bruk i sølete føre, og at det settes en stopper for kvakksalvernes vilkårlige årelatning.

Deegen er naturlig nok mest opptatt av at man skal unngå "Besmittelse". Man må etterstrebe renslighet, både på kroppen, i klærne og inne i husene. "Derfor er Legemets punktlig Reenholdelse saavel i almindelighed, som i sær for dem der ere nødsagede at omgaaes med mistænkelige og ubekjendte Folk i høy Grad at tilraade." De må også unngå den nære omgang med hverandre og ikke henfalle til for mye brennevin. Ikke minst må de unngå den "nøyagtigere Omgang" mellom to personer av forskjellig kjønn: "thi her kunne man mueligen finde en af hoved Kilderne hvoraf denne slemme Sygdom tager for størstedelen sin Oprindelse og hvorved den sædvanligst forplanter sig" (Deegen s. 25).

Frederik Holst signaliserer allerede i undertittelen på sin avhandling at det er sykdommens fullstendige utryddelse som er hans anliggende ("på hvilken måte kan den utryddes fra Skandinavia?"). For å utrydde sykdommen, sier han, må man både helbrede den hos dem som allerede har den og hindre dens tilbakekomst. Dette skal tilveiebringes med hovedsakelig fem forhold: det må utdannes flere og bedre leger, flere og mer hensiktsmessige sykehus må etableres, folkets arbeidsforhold, kosthold og renslighet må forbedres, og opplysningsnivået heves. Dette er rådene fra den kommende medisinske strategen. Ingen av de andre radesykeforfatterne drøftet forebygging som en statsoppgave; med unntak av Holst var de alle hovedsakelig orientert mot individuelle forhold. Holst snakker imidlertid som statsmann. I hans øyne er det hovedsakelig *offentlige* tiltak som må settes i verk for å få bukt med radesyken. For det første trengs flere leger. Dessuten, sier han, må legen få makt til å tvinge "trassige, pleieskye pasienter til lydighet" (Holst 2005 s. 88). Fattige mennesker "holdes ofte fange av vrangforestillinger", og må derfor hjelpes til selvhjelp, for at de ikke skal smitte mange andre. Også av den grunn er sykehus viktig. På sykehuset kan legen

forsikre seg om at pasienten bruker den riktige medisin, og ikke minst tilstrekkelig lenge. Sykehusene har imidlertid også en funksjon som fremmer medisinen som virksomhet. I byene kan de være opplæringsanstalter for unge studenter, og generelt kan de, qua steder der legene betrakter flere pasienter av gangen, bidra til at sykdommens faste kjennetegn blir ”avdekket”. (Holst 2005 s. 89). Imidlertid hjelper verken sykehus eller leger hvis ikke sykdommens årsaker er ryddet av veien. Først og fremst må arbeidsforholdene og det uheldige kosthold endres. Men hvordan det skal skje, ”ligger imidlertid langt utenfor grensene til denne avhandling”, påpeker Holst. I likhet med flere av de andre forfatterne oppfordrer også Holst pasientene til å vaske seg mer, men han etablerer dette som en offentlig oppgave. Det må bygges badeanlegg ikke bare i hvert enkelt sykehus, men også offentlige bad. Endelig understreker Holst at folket må opplyses. Igjen er det ikke den individuelle opplysning han har i tankene. I stedet tar han til orde for at lærerskolene må gjenreises, slik at fremtidige lærere i folkeskolen kan bli bedre. Den gode lærer må ”innprente i sine elevers sinn at blant de velgjerninger som de skylder både seg selv og andre å vite, står i fremste rekke det som han anbefaler for å trygge helsen” (Holst 2005 s. 92– 93).

Forebyggingen av radesyken fortøner seg altså svært forskjellig i de forskjellige tekstene. For de aller fleste er det naturlig nok en sterk sammenheng mellom sykdommens årsaker og dens forebygging; forebygger man årsakene har man også forebygget sykdommen. For både Mangor og Holst står forebygging helt sentralt, men på vidt forskjellige måter. Mangor foreskriver individuelle formaninger, fra den københavnske borger rettet mot den norske fattige allmue. Av og til erkjenner han at fattigdommen setter visse begrensninger for allmuens mulighet til å forebygge sykdommen. Et eksempel på dette er det når han anerkjenner nødvendigheten av å opprettholde vinterfisket, til tross for den skade han mener det medfører. For å minske skaden foreslår han at man under de store samlingene som vinter- og vårfisket utgjør, bør arrangere dansetilstelninger, slik at kroppsbevegelsen kan fremme utskillelsen av skadelige stoffer. Men stort sett er det et gjennomgående fravær av diskusjon om hvorvidt de tiltak han foreskriver er praktisk gjennomførbare for den gruppen det gjelder. Å foreslå tøy av bomull, et materiale som måtte importeres, i stedet for ull som ble tilvirket lokalt, er bare ett eksempel. Holst derimot, går ikke inn på individuelle forskrifter, selv om han erkjenner at man ikke kan utrydde sykdommen uten å utrydde dens årsaker. I stedet konsentrerer han seg om statsmedisinen og dens muligheter til å forebygge radesyken. Mens Mangor foreskriver detaljerte individuelle reguleringer av menneskers liv, er Holsts forslag at man må styrke medisinerens mulighet til å sette makt bak påleggene. Mens Mangor fordyper seg i praktiske beskrivelser av hvordan fisken og kjøttet skal saltes og rommet til maten i

båten snekres, er Holst opptatt av å fremme statens oppgave med å forebygge sykdommen. Nesten 20 år etter at Frankenau publiserte sitt forslag til en medisinalordning for den dansk-norske stat er det slike strategier Holst ønsker innført mot radesyken.⁴⁶⁴

7. Kjønn i radesyketekstene

Kjønn er påfallende fraværende i radesyketekstene. Radesyken er ingen kjønnnet sykdom i den forstand at kjønnsforskjeller spesifiseres i diskusjonene om sykdommens natur. De fleste av radesykeforfatterne påpeker endog at sykdommen rammer på tilsvarende vis hos de to kjønn. Her er ingen presisjon av at sykdommens "tilfælde" eller "kiendetegn" ytrer seg annerledes hos kvinner. Av og til er det noen som nevner at radesyken muligens forekommer litt oftere hos kvinner enn hos menn. Men i så fall angis ingen dypereleggende årsak, og det får ingen konsekvenser som virker tilbake på håndteringen av sykdommen, verken hva angår behandling eller forebyggelse. Selv ikke Deegen, som forfekter en venerisk genese av sykdommen, presenterer noen av de klassiske kjønnede fremstillingene som er kjent fra den medisinske diskurs vedrørende venerisk sykdom (eksempelvis horen som sydebukk, kvinnen som smittespreder, kvinnen som lagringsreservoar av smittestoff etc.).

Noen steder, som for eksempel hos Mangor, er det annerledes. I omtalen av hvordan man skal forebygge smitte fra fremmede havner fremmer han følgende ønske: "Gid og alle Huusfædre og Mødre ved Søkanten og i Kiøbstæderne ville alvorlig formane deres Fruentimmer, ei at give sig af med fremmede Mandfolk; mange af de søfarende ere befængte med Fransoser.[...] Pigerne skulle betænke, at for nogle faa Skilling faae de ofte saa afskyelig en Sygdom." (Mangor s. 117). Umiddelbart ser dette ut til å være en parallell til diskursen om den veneriske sykdom, som ofte plasserte kvinnen som sydebukk. For er det bare "fruentimmerne" som skal formanest? Hva med mennene, som bringer sykdommen med seg? Mangor føyer imidlertid like etterpå til et forslag om å undersøke de hjemkomne soldater, så de ikke skal smitte sine ektefeller.

De steder kjønn verdiges en egen (og da er den liten) omtale, handler det om menstruasjon – hvordan dette kan være en årsak til sykdommens frembrudd, men også hvordan menstruasjon kan endre symptomene slik at sykdommen fremtrer på en annen måte. I Mangors kart over radesykens mulige symptomer inngår menstruasjon som et av de elementer som kan endre sykdommens manifestasjon hos den enkelte. Menstruasjonen kan også bli affisert av sykdommen, slik at f.eks. manglende menstruasjon blir et "tilfælde". Mens Arbo

⁴⁶⁴ Frankenau, *Det offentlige Sundhedspolitie*. Frankenau har også et lite kapittel om radesyken.

fremhever at behandlingen må begynne ved menstruasjonens slutt, og at hvis ”maanedstiden” innfinner seg, da skal pasienten utsette innvortes medisin i to til tre dager. (Arbo s. 60).

Kvinner skal heller ikke ha laksermiddel under menstruasjon. Fenomenet menstruasjon beskrives imidlertid ikke som et særegent fenomen. Inntil slutten av 1700-tallet var menstruasjon heller ikke spesielt kjønnnet i den medisinske diskursen mer generelt. Primært ble den månedelige blødningen betraktet som en av mange mulige måter å kvitte seg med kroppsvæskene på. Siden det var blod som kom ut, ble menstruasjon sidestilt med neseblod, hemoptyse (blod fra lungene), blod fra øre eller nese, eller blødninger som følge av skade.⁴⁶⁵

Jeg mener ikke med dette å hevde at det ikke var kjønnsforskjeller på 1700-tallet, det ville være helt absurd, i en tid da kvinner i all hovedsak hadde svært begrenset tilgang til den offentlige arena. Etter all sannsynlighet forholder kildene seg tause til spørsmål om kjønn som foreligger som selvfølgeligheter i samtiden. Men det er mulig å slå fast etter en lesning av disse tekstene, er at selve kunnskapen om sykdommen radesyke slik den nedfelles i disse tekstene ikke skiller seg nevneverdig hos forskjellige kjønn. Det er fristende å påkalle kulturhistorikeren Thomas Laqueurs tese om at biologien først ble kjønnnet mot slutten av 1700-tallet. I boken *Making Sex* viser han blant annet til at anatomiske tegninger før denne tiden beskrev kvinners kjønnsorganer som inverterte mannlige. Den biologiske kvinnen ble konstruert som en mangel, som noe ufullendt, målt opp mot den fullendte mannen. Kjønnsforskjeller ble altså begrepsliggjort ikke som radikalt forskjellige, men som grader langs en akse. Det er dette Thomas Laqueur kaller enkjønnsmodellen. Det var altså først og fremst sosiale og kulturelle forskjeller som utgjorde kjønnsforskjeller før 1700, ikke biologiske. Vendepunktet kom rundt slutten av 1700-tallet, da ”sex as we call it now, was invented”.⁴⁶⁶ I økende grad ble man fiksert på biologiske kjønnsforskjeller, og nærmest alle vitenskapelige funn ble målt mot forskjeller i kjønn. Men i radesyketekstene er det ikke spor av dette, og altså svært få referanser til kjønn overhodet. Kjønnnet er der selvsagt, i navnet ”fruentimmer” og ”oppvarterske”, og i form av kvinnen som ansvarlig for omsorgen i hjemmet, men det får ingen betydning for sykdomsbeskrivelsen.

8. Å navngi en sykdom

Med unntak av Frederik Holst, aksepterer alle radesykeforfatterne benevnelsen radesyke.

Ingen foreslår at navnet må forkastes, og alle tar radesyken som utgangspunkt for

⁴⁶⁵ Andrew Shail og Gillian Howie, *Menstruation: a Cultural History* (Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005).

⁴⁶⁶ Thomas Laqueur, *Making sex: Body and Gender from the Greeks to Freud* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1990).

undersøkelse uten en forutgående diskusjon av begrepets gyldighet. Alle synes å akseptere begrepet radesyke som uavvendelig knyttet til sykdommen. Samtidig ser vi igjen den tvetydighet ved verkene som vi har berørt tidligere: På den ene side skal de gjøre radesyken medisinsk, oversette den til medisinsens klassifikasjonssystem, tegnbegrep og behandlingspraksis, om enn i legfolks termer, og det er et arbeid i seg selv. Radesyken – både sykdommen og navnet, – skal etableres i den nosologiske klassifikasjonen – de skal plasseres sammen med de sykdommer de ligner på, og kontrasteres med de sykdommer de skiller seg fra. På den annen side skal navnet gis mening innenfor en helt annen kontekst – på landsbygda i Norge, blant fiskeredskapene og den fattige allmues strenge liv. Denne siden av oppgaven innebærer å bringe radesyken tilbake fra den nosologiske sammenhengen, til den enkelte pasient ved strandkanten eller i skogen, og gi vedkommende eller hans eller hennes gode hjelpere et verktøy til å gjenkjenne og behandle sykdommen. Jeg skal ta for meg begge disse tilnærmingene etter hvert og se hvilke konsekvenser som kan utledes fra radesykediskursens dobbelte siktemål.

Fordi radesyken ikke hadde et eget medisinsk navn var det vanskelig for legene å innpasse den i sine medisinske teorier. Radesyken var et begrep man ikke kunne finne i medisinske oppslagsverk. Videre hadde begrepet ingen egen eller entydig mening på norsk. Det var mange som ikke syntes dette gjorde så mye. Galen hadde ment at leger ikke skulle diskutere navn, men ting. Det kan vi kalle en "realia"-posisjon. I henhold til Galen, var de viktige distinksjonene *reales* heller enn dialektiske. Medisinsens objekt overgikk begrepene som betegnet dem. Noen navn fulgte simpelthen av opinionen, ikke av tingenes virkelighet, og bare unntaksvis var slike medisinske begreper velfundert og sikre. Andre navn fulgte fra likheten mellom sykdommen de betegnet og et dyr eller dyrets handlinger. Slike navn var cancer, lup, anthrax eller bubo. For andre enn Galen ga imidlertid navnet en langt viktigere tilgang til sykdommens karakter. De hevdet at navn betegnet sykdommens substans eller kvalitet. Ikke i den (skolastiske) forstand at navnets etymologi avslørte tingens essens, men at navn var vesentlig for erkjennelsen av sykdom. I fravær av et egentlig navn kan vi ikke kjenne sykdommen, hevdet man i denne tradisjonen, da måtte dens principia og dens virkelige årsak forbli ukjent.

"Navnet Radesyge har nu faaet hævds Ret, da derved nu betegnes det, man forhen har kaldet Spedalskhed, Skiørbug, Saltflod, aaben Ros, Skarvesyge, stærk Forkiølelse etc",⁴⁶⁷

⁴⁶⁷ Mülertz, *Bidrag til Oplysning om Radesygens Natur og bedste Lægemaade*, s. 1.

skriver apoteker Mülertz om betegnelsen radesyke. Det er et pragmatisk argument han fremfører, radesyken må aksepteres fordi det har fått hevdes rett:

Navnet Radesyge [er] ikke gammelt; saa er det og værd at lægge Mærke til, at Navnet Skiørbug heller ikke er fra Oldtiden, hvorimod det Navn Spedalskhed er fra de ældste Tider. Man kunde falde paa den Formodning, at Navnet Skiørbug er givet for at soulagere eller beroelige Patienten, der havde Fortidens Spedalskhed, og saaledes Spedalskheden at have faaet et nyt og forandret Navn af Skiørbug, skjønt den var uden Undtagelse det samme, som man forhen kaldte Spedalskhed, ligesom i vaar Tid Skiørbugen har faaet forandret sit Navn til Radesygen, men er dog samme Sygdom, som man i de ældre Tider kaldte Spedalskhed, og siden Skiørbug. [...] Jeg formoder og troer, at Navnet Skiørbug er kommet for at formilde dette gyeselige Navn Spedalskhed (Mülertz s. 40–41).

Og han konkluderer: ”Radesygen ikke er andet end det, man i Fortiden her i Landet og endnu i nogle Lande kalder Spedalskhed og Skiørbug”. Hos Mülertz har navnet en helt tilfeldig forbindelse til det det betegner – og kan endres relativt vilkårlig av de innbyggere som i enhver tid bor i landet, og ut fra primært sosiale grunner, for eksempel når navnet blir stigmatiserende. Siden radesyke er den mest brukte betegnelsen i Mülertz samtid, er det den han forholder seg til. I Mülertz øyne er imidlertid ikke navnet så viktig, det vesentlige er den sykdommen som holder seg konstant gjennom alle disse navneskiftene. Mülertz skriver en kompilasjon – ikke bare over en sykdoms mulige fremtoninger, men også over den katalog av sykdommer som faller inn under denne betegnelsen – som altså er historisk karakterisert, ved sykdommer som har avløst hverandre gjennom historien. Men de forskjellige betegnelsene fra historien får også et nedslag i samtiden – den horisontale oppdeling i Mülertz’ system. Det som tidligere hadde blitt betegnet med andre navn tilhører ifølge Mülertz ulike arter av radesyken. Familienavnet er altså skjørbug, mens på nivået under deles det opp i mange horisontale inndelinger: den sure radesyke er skjørbug, mens den salte radesyke er det som ellers bærer navn av saltflod. Den alkalinske radesyke kalles rosen eller sterk forkjølelse, og den harske ”Art” radesyke har gitt sykdommen navn av spedalskhed. (Mülertz s. 16). Det er altså til syvende og sist nosologien som styrer navngivningen, selv om det er uklart hvilken status Mülertz gir både navnet og sykdommen.

På den ene side, i det nosologiske, evige, uforanderlige systemet av sykdomsarter, aksepteres navnet, og gis mening ved referanse til en kjent sykdom som radesyken er identisk med eller i det minste beslektet med. Navnet viser ikke til et sett av symptomer, som kan skilles fra andre sett av symptomer med andre sykdomsnavn. Det viser til en skjult sykdomssens. I den nosologiske klassifikasjonsmedisinen har navnet en viktig status – som realia. Som vi har sett, omtalte Møller radesyken som den norske skjørbug. Denne identifikasjonen tar han for gitt, og beskriver hvilke av skjørbugens symptomer som oftest viser seg i radesyken. Skjørbugen er også utgangspunktet når han skal beskrive radesykens

årsaker. Av og til kan det synes som om han etablerer et skille mellom skjørbuken som sykdommens ideelle eksistens og radesyken som dens konkrete fremtoning hos pasienter i Norge. Imidlertid fremholder han i et avsnitt at ”Rade-Sygdommen er en Sygdom for sig selv” (Møller s. 224), og da ikke i motsetning til skjørbuk, men i motsetning til venerisk sykdom, som han senere skal avgrense radesyken fra. Det kan derfor være at skjørbuk hos Møller snarere betegner en mer overordnet størrelse, et genus eller en familie, og at radesyken hos ham er en av skjørbukens underarter. Selve størrelsen skjørbuk problematiseres kun i en passasje:

Men saasart var ei det Navn Skiørbug hentet Saavel fra de gamle Forfattere, som og de Folkeslag, hvor denne Sygdom fornemlig grasserede, kommen i Mode, förend det, som det gjerne pleier at skee, blev ofte retteligen, men ogsaa ofte uden Grund tillagt en stor Mængde Sygdomme; hvorover en Deel Forfattere gave dette Tilfælde Navn af en Sygdom af mange Skikkelser; et Binavn som passer sig, uagtet Navnets Misbrug, meget vel paa den, da Sygdommen ganske vist yttre sig paa mange Maader. (Møller s. 198).

På den ene siden er altså ”det Navn Skiørbug” et navn som kan komme ”i Mode” og derav misbrukes. Samtidig er det riktig, hevder Møller, at sykdommen ytrer seg på mange måter – det er altså en korrekt betegnelse å kalle det en sykdom med mange skikkelser. Dette kan tyde på at navnet skjørbuk hos Møller betegner en ideell tilstand, en sykdomsessens, og at de mange skikkelsene er sykdommens nedslag i den enkelte kropp. Jonas Gislesen avviser i sin doktoravhandling *De Elephantiasi Norvegica*,⁴⁶⁸ i en av de få intertekstuelle kommentarer som finnes i disse tekstene, Møllers etablering av radesyken som skjørbuk. Slik Gislesen ser det har de som har identifisert sykdommen med den sanne spedalskhet (*Arabum Lepra* eller *Græcorum Elephantiasis*) rett. Sykdommen kan dermed ikke ansees for en ny art. Den må være den samme som grekerne kalte elephantiasis, og araberne lepra. Radesyge, spedalskhet og saltflod er intet annet enn synonymer for *Elephantiasi Norvegica*.

Nicolay Arbo knytter imidlertid også syv år senere forbindelser mot skjørbuken: radesyken er en ”skiørbutisk Svaghed” (Arbo, forordet). Samtidig er dette navnet knyttet i det alt overveiende til en etiologisk bestemmelse: Arbo synes ikke det er videre oppsiktsvekkende at skjørbuken er så vanlig i Norge, et land der ”alle mulige Aarsager til Skiørbug er forhaanden”. Imidlertid gjør også denne årsaksbestemmelsen at sykdommene er flytende. En og den samme årsak kan nemlig forårsake forskjellige sykdommer på forskjellige steder:

Det er, efter min Erfaring, og sandsynligt, at disse Svagheder ere nær beslægtede med hinanden, og komme af een Kilde, nemlig en skiørbutisk Ureenhed, som i enhver af disse Svagheder er af en anden Beskaffenhed, paa en

⁴⁶⁸ Jonas Gislesen, 1750-1804. Doktoravhandlingen ble forsvart i 1785. Han hadde tidligere arbeidet i Drammen som lege, og ble dette året utnevnt til landfysikus i Buskerud. Gislesen, *De elephantiasi Norvegica: praeside Jo. Clemente Tode: pro gradu doctoris disputabit*.

forskjellig Art modificeret, og meer eller mindre concentreret, og paa saadan Maade kan den samme Aarsag, som frembringer Radesygen i den sydlige Deel af Norge, ogsaa foraarsage Spedalskhed i den nordlige Deel af Landet. (Arbo s. 37).

På den ene side knytter Arbo forbindelser i den nosologiske klassifikasjonen mellom radesyken og spedalskheten, idet de er nært beslektede. Nært beslektede er de imidlertid ikke i kraft av å ytre seg på lignende måte i de syke de slår seg ned i, deres slektskap bestemmes ut fra deres felles årsak, nemlig skjørbugen. Igjen denne tvetydigheten som vi så hos Møller: Er radesyken skjørbugens konkrete nedslag i kroppene på landsbygda i Norge eller er radesyken å forstå som en underart av skjørbug, på samme horisontale nivå som spedalskhed?

C. E.. Mangor ble brukt som eksempel i det nosologiske kapittel, så han skal vi ikke oppholde oss lenge ved her, bare minne om at han etablerte radesyke som en slekt som inneholdt sykdomsartene forkjølelse, skjørbug, ”radesyke” og spedalskhed. Han viser til at noen vil reservere betegnelsen spedalskhed for pasienter som har tykke, gråaktige skorper i huden, andre til dem som har stinkende sår som blir sortaktige av mangel på pleie, andre igjen vil bruke spedalskhed bare når sykdommen angriper lepper, øyne og panne slik at de får et fælt utseende, atter andre når den fører til ”tykke ben”. De tar imidlertid feil, hevder Mangor, for dette er bare sykdommens mest avanserte stadium. I dette avsnittet kan det se ut til at spedalskheten og radesyken er blitt synonymer.

I ulik grad baler altså disse forfatterne med et nosologisk prosjekt – radesyken skal lokaliseres i det nosologiske skjema og finne sin plass i det medisinske vokabular. Mangor etablerer som vi så radesyken som et eget genus, som inneholder artene forkjølelse, skjørbug, radesyke og spedalskhed. Men det kan han også gjøre fordi disse sykdommene overtar for hverandre og på en måte kan sies å være hverandres årsak – radesyken ligger i kim i forkjølelsen. Det er altså også en felles sykdomsårsak som binder disse sykdommene sammen, ikke bare en felles nevner – betegnelsen ”radesyke”. Slik ser vi det også hos Arbo, som etablerer spedalskhed og radesyke som nært beslektet – fordi de har samme årsak, og hos Møller, som knytter navnet radesyke til en skjørbutisk skarphet i væskene.

Det kan altså synes som om samtlige av de omtalte forfatterne tilkjenner radesyken en egen eksistens utenfor de nedslag den får i den enkelte kropp. Andre steder synes imidlertid det stikk motsatte å være tilfelle, som om spørsmålet om betegnelsen rett og slett settes til side. Hos Møller, i omtalen av behandlingen av den med harskhed fordervede skjørbug heter det: ”Navnet af Spedalskhed, Skiørbug etc gjør lidet til Sagen, og Cuuren er det vigtigste.” (Møller s. 250). I det praktiske møtet mellom lege og pasient, der beslutninger skal treffes og tiltak gjennomføres, er betegnelsen ikke avgjørende. Vi så at for 1700-tallets leger stod ikke

diagnosen sentralt – i sin praktiske omgang med syke mennesker måtte legen orientere seg ut fra sykdomstilstanden. Det var gjenkjennelsen av ulike skarpheter, sure, basiske eller harske forandringer i væskene som var det vesentlige, og selve navnet bidro, for leger som Møller, lite til saken.

Det er imidlertid et tredje forhold som spiller inn her, og som har å gjøre med tekstenes sjanger: De tekstene jeg har behandlet skal ikke primært verken fungere i akademiske drøftelser av radesykens nosologiske status, eller hjelpe en lege i hans praktiske hverdag – de er snarere selvhjelpsbøker. De skal altså flytte radesyken tilbake igjen til landsbygda, til den enkelte pasient. Betegnelsen radesyke skal gis mening innenfor en annen kontekst: Den skal virke ute på landsbygda, hvor de fremtidige leserne skal lære seg å holde seg unna kvakksalvere og kjenne symptomene tidlig nok til at de bør oppsøke lege. Gjenkjennelse av sykdomstilstanden var imidlertid, som vi har sett, ingen enkel affære, og noe som neppe kunne forventes av en uskolert leser. Den krevde kanskje i større grad enn noe annet medisinsk fagkunnskap. Derfor måtte leseren settes i stand til å kjenne sykdommen igjen. Slik Mangor, Mülertz, Møller og til dels Arbo tolker denne oppgaven, innebærer det å beskrive uttømmelig alle sykdommens mulige fremtredelsesformer, slik at mulige fremtidige pasienter eller deres hjelpere kan kjenne den igjen hvis den skulle ramme dem. Imidlertid innebærer denne møysommelige, ”tykke” beskrivelsen at de også må si noe om hva som ligger utenfor sykdommen. Det er ikke slik at det mangfoldet av symptomer de beskriver kan peke tilbake på hvilken som helst essens – det dreier seg riktignok om en ”tykk” beskrivelse av alle sykdommens mulige fremtredelsesformer, men grenseløs er den ikke. Og ytterpunktene konstitueres av de sykdommer som ligger utenfor den, derav presiseringen av at sykdommen ikke er venerisk, for eksempel. Deegen nøyer seg med å gi en destillert beskrivelse, som mer tilfaller en nosologisk ideell vesensbestemmelse av den veneriske sykdom, og er skrevet i et lettfattelig språk. Det er verdt å merke seg at disse avgrensningene ikke konstituerer noen sammenlignende metode – det dreier seg ikke om å sammenligne symptomer og så ende med å finne ut hvilken av sykdommene dette passer best med. Det dreier seg om er å avgrense radesyken fra de sykdommene som ikke tilhører dens referansegruppe.

Under § 24, som har fått overskriften ”At sykdommen sielden er venerisk”, heter det hos Møller: ”I andre Lande og Stæder, hvor denne Sygdom ret hersker, der viser den sig ganske vist hos 49 Syge ved langt andre Tilfælde, imod at den hos den 50de ytrer sig ved de Tilfælde, som komme for hos alle de Syge i Norge.” I en note presiserer han hvilke ”tilfælde” som mangler i radesyken. Riktignok har pasientene ondartede sår på legemet og i halsen, men

ingen klager over skader på kjønnsdelene, eller over gonoré, chankre, lymfeknutesvulst, eller kjertelknuter. For det andre smitter venerisk sykdom på en annen måte enn radesyken. I radesyken kan familier leve sammen i mange år uten å bli smittet av hverandre, barn kan fødes av radesyke foreldre uten å bli syke, dette finner man ikke i den veneriske sykdom. For det tredje er ikke alle sykdommer som angriper halsen veneriske – han refererer her til halsesyken i England og på kontinentet, og siterer Olaus Magnus for å vise at skjorbuk også har gitt onde sår i halsen: "fauces putrescunt". Det at kvikksølv er nyttig innebærer ikke nødvendigvis at radesyken er venerisk: "man vilde vist gjøre mange Syge Uret, om man holdte dem for veneriske, fordi dette Middel, i en fornuftig Læges Hænder, hjælper dem i deres Sygdom". "Av disse grunner," avslutter han, "er "Rade-Sygdommen en Sygdom for sig selv, og ikkun meget sielden forøget med den veneriske Gift."

Arbo skriver også om forskjellen mellom radesyken, den sedvanlige skjorbuk, spedalskhet og den veneriske syke (Arbo s. 34): Forskjellen mellom den vanlige skjorbuk og radesyken (som han altså mener i grunnen er samme slags) er at selv om sårene i stor grad er like, mangler i radesyken en rekke "tilfælde" man vanligvis ser ved skjorbuk, så som matthet og kraftsløshet, tungt åndedrett, hovne føtter, røde og blå flekker, blødende tannkjøtt eller vond lukt av munnen. Radesyken finner man stort sett på landet, blant folk i alle aldre, mens den vanlige skjorbuk finnes mest i byer, hos folk som beveger seg lite, og hos middelaldrende. De *spedalske* har tykke og lysegrå skorper på sårene, som han ikke har sett hos de radesyke. Utgrensningen av *venerisk sykdom* er enklere, sier han, fordi her skiller sårene seg så sterkt fra de man ser i den skjorbutiske sykdom, at enhver oppmerksom praktiker lett ville se det. (Arbo s. 38). For det første kan radesyken angripe hele kroppen, men gir sjelden sår på genitalia. Det motsatte er tilfelle med den veneriske sykdom. De lokale "tilfælde" som gonoré, phimosis, eller "den veneriske krone" finner man ifølge Arbo slett ikke i radesyken. Radesyken hersker endemisk, mens den veneriske sykdom alltid sprer seg ved smitte. Både spedalskhet, den vanlige skjorbuk og venerisk sykdom gjør at den syke føler seg dårlig, mens de radesyke kan spise, sove og arbeide som om de var friske.

For Mangor er det også et viktig anliggende å skyve betegnelsen venerisk sykdom ut av radesyke kategorien. "Frantzoser er et uriktig Navn, som nogle tillægge denne Sygdom af Egennytte, andre af Uvidenhed; og saalenge man ei vil spørge med Navne, bør den ei kaldes Frantzoser." (Mangor s. 6). Nok en gang knyttes forbindelser til kvakksalveriet – for hvem andre enn kvakksalverne kunne tilskrive sykdommen navnet frantzoser av "egennytte"?

Grunnene Mangor oppgir til at radesyken ikke er frantzoser er mange: en er historisk, nemlig at radesyke kom til Norge lenge før den veneriske sykdom kom til Europa, og lenge

før de ”paaberobte Skibe” kom til Norge. Radesyken kan i de tidlige stadier avta og kanskje også helbredes utelukkende ved god diett og levemåte, mens dette ikke er tilfelle for den veneriske sykdom. Sykdommen sprer seg heller ikke på samme måte. Ektepar kan leve sammen uten at den andre blir syk, og foreldre som har radesyken i en ”ringe Grad” kan få friske barn, mens dette ikke er tilfelle med de venerisk syke. Avslutningsvis sier han at spyttkuren, som kurerer Frantzoser ”fuldkommen”, ”udrette slet intet” hva radesyken angår. I likhet med Møller konkluderer han med å si at sår i nese, munn og hals, ja endog på ”Hemmeligheden” ikke er noe bevis for det motsatte. Dels bryter sårene ut disse stedene på grunn av for eksempel støt, slag og kulde, dels er de sår man ser på ”Hemmeligheden” i radesyken ikke veneriske, men kun overfladiske og leges snarere og lettere enn de veneriske. Imidlertid understreker han at det kan ha foregått en blanding av de to sykdommene, ved at noen fremmede med venerisk syke har ”hadt Omgang” med ”et eller andet radesygt Fruentimmer”, noe som har forårsaket at hennes ”onde” har blitt heftigere.

På den ene siden har vi altså tekster som helt klart befinner seg i den nosologiske tradisjon, på den annen side tilbyr de svært konkrete handlingsanvisninger, hvilket innebærer for det første at selve spørsmålet om betegnelsen nedtones til fordel for en konsentrasjon omkring sykdomstilstanden, og for det andre at det blir viktig å skille andre sykdommer fra radesyken (for legfolk som skal håndtere sykdommen). Deegen skiller seg imidlertid noe fra de andre når det gjelder dette. Han slår det fast i første setning: ”Radesygen er en under denne Benevnelse bekiendt og iblant Beboerne af det vestlige Norge meget stærkt grasserende Sygdom.” Navnet godtas altså, noe som muligens kan tilskrives det faktum at Deegen vel er den av disse forfatterne som minst orienterer seg mot den akademiske sfære, men i stedet forsøker å bringe radesyken tilbake til landsbygda. Hos Deegen er radesyken nemlig en betegnelse som tilhører folket: ”Denne nu i Bondens Mundart saa kaldede Radesyge”. Han aksepterer bondens betegnelse for så vidt som den karakteriserer en sykdom, men begrepet har den samme opprinnelse som ”den Neapolitanske Sygdom forud havde”. Det er dens årsak som gir nøkkelen til sykdommens væren, ikke bondens navn. For den neapolitanske sykdom har for lengst fått ”sit rette og egentlige Navn, nemlig Lystsyge (Lues Venerea).” (Deegen s. 6). På en ganske snedig måte knyttes altså forbindelsen mellom *lues venerea* og radesyke indirekte – via en påvisning av de samme årsaker, men uten at det sies uttrykkelig at radesyken er *lues venerea*. Deegen er heller ikke så opptatt av den begrepsmessige avgrensningen av radesyken vis a vis andre sykdommer. Kun i et kort avsnitt berører han dette. Blant alle pasientene han har sett har han ”snart ingen eller i det høyeste dog ikkun saare faae hvorved jeg har kunnet skiælne aabenbare Kiendetegn til en nærværende Skiørbug,

undtagen det maatte da have været i Sygdommen høyeste Grad, og da kan og bør den mere ansees som en naturlig Følge af Hoved-Sygdommen selv, end en Komplikation med samme.” (Deegen s. 19).

Frederik Holst har en annen innfallsvinkel til denne problematikken. Det er kanskje nettopp her, i spørsmålet om radesykens betegnelse, hans arbeid virkelig skiller seg fra de foregående avhandlingene, og i særdeleshet fra Mangors, som han for øvrig legger seg tett opptil. Han sier:

Det er altså ikke mitt formål å drøfte den sykdommen som kalles for Radesyge ut i fra den vide og brede betydningen av ordet, som jo ville omfatte nesten hele sykdomsklassen (classis) og som heller ikke klargjør forestillingen om den aktuelle sykdommen. Jeg skal kun behandle den sykdom som betegnes av ordet i snever forstand, fordi den synes å stemme mer overens med ordets sanne opphav, og fordi sykdommen de senere tiår har blitt kjent under dette navnet blant vår halvøys mer kultiverte innbyggere. (Holst s. 30)

Forut for dette har han ført en relativt innfløkt etymologisk argumentasjon, der han har vist at ordet rada ikke kommer fra stygg, som mange har hevdet, men fra fiskeskjell. Dermed er det folket, ikke legestanden, som har hatt en presis benevnelse av sykdommen. Når begrepet senere ble anvendt utenfor den opprinnelige konteksten, sier Holst videre, ble det tillagt en så stor mengde konnotasjoner at det mistet sin opprinnelige og presise referanse. Særlig har ”nåtidens lærde” bidratt til denne forvirringen ved å hevde at sykdommen er syfilis, skjorbuk, eller en blanding av disse. Begrepet har altså i henhold til Holst fått en vid og bred betydning som omfatter nesten hele sykdomsklassen, og derfor ikke ”klargjør forestillingen om den aktuelle sykdommen”. Han viser altså til at sykdommen ved å bli behandlet av de lærde har blitt knyttet til en høyere størrelse i systemet i det nosologiske system, en klasse – som omfatter alle hudsykdommer. Selv vil han bare behandle ”den sykdom som betegnes av ordet i snever forstand, fordi den synes å stemme mer overens med ordets sanne opphav”, altså den som antydes gjennom begrepets etymologiske bakgrunn, nemlig skjell. Betegnelsen radesyke vil han forkaste: siden dette nye ordet, når det ble tatt fra sin opprinnelige kontekst og overflyttet til de lærde forsamlinger, ble påført så mange ”feilaktige forestillinger”. Han ser ”sannelig ikke hvorfor vi lenger skal beholde dette ordet i vårt språk” (Holst 2005 s. 30). Hans alternativ er, som vi har sett, lepra. I hvilken grad skiller han seg her fra de andre? For det første er selve sjangeren bestemmende for Holsts prosjekt. Han skriver en akademisk avhandling på latin, de andre skriver opplysningsskrifter på dansk. I motsetning til de andre radesykeforfatterne vil han altså forkaste betegnelsen radesyke. Dette har også en historisk forklaring. Mellom disse tidlige tekstene og Holst har radesykeforfatterne selv intervenert og skapt en diskurs som også etter deres tid har gått videre, en medisinsk diskurs der begrepet radesyke er flyttet inn, ikke bare i opplysningsskriftene, men også i de latinske avhandlingene.

Når Holst forholder seg til betegnelsen radesyke dreier det seg altså ikke primært om et ord som primært er lokalisert til landsbygda og der er beheftet med vage, folkelige konnotasjoner. Tvert i mot innskriver han ordet radesyke i en annen folkelig, men i hans øyne presis etymologi. Det er den lærde verden som har forurenset ordet og gjør at det ikke lenger kan benyttes. Til forskjell fra de andre radesykeforfatterne er Holst altså også normativ hva angår selve begrepet "radesyke".

9. Den norske radesyken

Radesyken ble kalt "den norske" radesyke, og kan på en måte sies å være vår nasjonalsykdom midt i den spede nasjonalbyggingens tidsalder. Først etter inngåelsen av unionen ble radesyken også en svensk radesyke, med Holsts avhandling.⁴⁶⁹

Men selv om det ikke knyttes tekstlige forbindelser mellom den norske radesyken og sykdommer i andre geografiske rom, reiser sykdommen på annen måte: Både Arbo og Mülertz forteller om pasienter som reiste til London for å la seg behandle. Arbos pasient hadde reist til London hospital, hvor han hadde vært i nesten et helt år uten å bli frisk. Han hadde underkastet seg kur hos de mest berømte leger uten hell, men hos Arbo i Drammen ble han senere helbredet. I denne teksten får altså London karakter av en kontrast: Arbos kurmetode er bedre enn selv de beste engelske legers. Mülertz refererer til en annen pasient, og lar ham fortelle med egne ord: "Jeg reiste derpaa til London, og laae under to store Læger i 17 Uger uden mindste Hielp; de kaldte min Sygdom den norske Syge, hvilken de ikke kunde curere, og sagde, at de for eftertiden ingen vilde antage, som havde denne Sygdom." "Den norske Syge" var altså den betegnelsen de engelske legene benyttet.

Radesyken i Norge fremstod rett og slett som en gåte. For det første var det en sykdom som fant sted på landsbygda og for det andre en sykdom som rammet hardt i det norske klima. Dette passet ikke med 1700-tallets opplysningsskrifter der byene ble fremhevet som usunne, mens livet på landsbygda ble ansett som sunt, uten all den utskeielse, overflod og overstadige tenkning, som skadet helbredden i byene. I tillegg var det norske folk og Norge i sin allminnelighet ansett som et "meget sundt Land",⁴⁷⁰ og Norges "mange hundredaarsgamle Mennesker" ble ofte anført som bevis for det. I *L'Esprit des Loix* forklarte Montesquieu den norske sunnheten som et resultat av kulden, som han hevdet forårsaket sterke, sunne og

⁴⁶⁹ Etter at radesyken i svensk kontekst hadde blitt identifisert med det de kalte "urartad venerisk sykdom". Se f.eks. følgende avhandling: C. Th. Ahlander, "Diss. inaug. de morbo cutaneo luum venerem consecutivam simulante" (Universitetet i Uppsala, 1806).

⁴⁷⁰ Se f.eks. Pontoppidan, *Det første Forsøg paa Norges naturlige Historie*, bd. II, s. 415.

modige mennesker.⁴⁷¹ Møller kommenterer imidlertid lakonisk: ”Tallet paa dem, som i enhver Alder ere angrebne af den fæle Skiørbug, overgaaer mange tusende gange de Faa, som opnaae hundrede Aars Alder.” Møller slutter seg ikke til Montesquieus beskrivelse, og påpeker at kulden ikke kan være avgjørende for det norske folks sunnhet, for den er for streng, og folket er ikke i stand til å ta de påkrevde forholdsregler. Snarere må man søke årsakene til nordmenns sunnhet i en enfoldig og ukunstlet levemåte, som ennå ikke er forkvaklet av byenes overdådige livsstil. Siden det norske folk for det meste bor på landsbygda, må man kanskje erkjenne at de til tross for skjørbukens herjinger lever relativt sunt. Arbo fremhever at folk i Norge, både i alminnelighet men kanskje i særlig grad de som er plaget av radesyken, kan tåle en sterkere mengde laksermidler enn de som er bosatt i mer sydlige strøk. De fleste som er angrepet av radesyken er av bondestanden, og ”af stærk Natur”. Men også andre stender i Norge trenger sterkere laksermidler: ”Ellers haver jeg og seet Folk af Borgerstanden, Professionister og Kiøbmænd, som og have havt stærke Portioner fornøden af Purgeermidler.” (Arbo s. 44).

Ikke bare var den norske luft sunn og levereglene i hvert fall tidvis sunne, det var også slik at radesykeforfatterne tilkjenner det norske folk en høy moral, slik også Montesquieu gjorde. Dette blir da også brukt flere steder, for eksempel av Mangor, som et argument mot at radesyken skulle være venerisk: ”Overalt seer jeg ingen Grund, hvorfor man skulde troe saa meget venerisk Sygdom i Norge, hvor Folket er intet mindre (sic!), end løsagtigt, frem for ethvert andet Land.” (Mangor s. 7). Det kan altså ikke dreie seg om venerisk sykdom, fordi hvis så var tilfelle, ville det innbære at det norske folk var mer ukyskt enn sine naboland, og det mener Mangor faller på sin egen urimelighet. I en tilsvarende argumentasjon støtter Nicolay Arbo denne tenkemåten idet han sier at ”jeg forundrede mig og derover, at den veneriske Syge skulde komme oftere for i Norge, end jeg, i forhold til Folkemængden, havde seet den i Tydskland og Holland, og kunde ikke udfinde nogen tilstrækkelig Aarsag dertil.” (Arbo s. 8).

⁴⁷¹ M de Montesquieu, *The Spirit of the Laws*, overs. av Thomas Nugent (London: J. Nourse, 1777 [1748]). Bok XIV, kap. 2 (*Of the Difference of Men in different Climates*): “People are therefore more vigorous in cold climates. Here, the action of the heart and the reaction of the extremities of the fibres are better performed, the temperature of the humours is greater, the blood moves freer towards the heart, and, reciprocally, the heart has more power. This superiority of strength must produce various effects; for instance, a greater boldness, that is, more courage; a greater sense of superiority, that is, less desire of revenge; a greater opinion of security, that is, more frankness, less suspicion, policy, and cunning. [...] If we travel towards the North, we meet with people who have few vices, many virtues, and a great share of frankness and sincerity. If we draw near the South, we fancy ourselves intirely removed from the verge of morality: here the strongest passions are productive of all manner of crimes, each man endeavouring, let the means be what they will, to indulge his inordinate desires.”

Over 10 år senere står Møllers beherskede, men harmdirrende svar på Jonas Gielsesens avhandling om spedalskheden, som han hadde knyttet til radesyken. Møller vil på det sterkeste hevde at det ikke er "Aussatze der Araber" som hersker i Norge.

Denn das kann für alle Einwohner des Landes weder tröstlich noch angenehm seyn zu hören, daß das ganze Reich, ohne Einschränkung, für geplagt mit einer Krankheit, die zu ihrer Zeit abscheulich war, und wovon die damit Behafteten durch Gesetze von allem Umgang mit den Menschen ausgeschlossen waren, ausgegeben wird.⁴⁷²

Han forteller videre at Philipp Gabriel Hensler for noen år siden hadde skrevet til ham og spurt ham om hans mening vedrørende radesyken i Norge sett i forhold til elephantiasis, som han skrev et historisk verk om.⁴⁷³ Møller han anstrengte seg svært for å gi denne "berühmten und gelehrten Artz" et riktig begrep om denne sykdommen i Norge. Hans tanke var, og etter eget sigende i ettertid med god grunn, "daß ich Norwegen davon retten müßte, daß es nicht in den Jahrbüchern der Arztneygelährtheit als ein Land paradierte, das noch von dem arabischen Aussatze geplagt würde." På dette punkt er det ikke lenger den norske sunnheten som sådan, men selve nasjonen Norge som står på spill. Radesyken identifisering med spedalskheden truer etter Møllers mening ikke bare det norske omdømmet, men også selvfølelsen til landets innbyggere. Og grunnen er ikke at spedalskheden er så fæl, men at den er selve innbegrepet på manglende sivilisasjon. Norge ville altså bli parodierte som land dersom det skulle identifiseres med en slik sykdom. At radesyken er norsk, er derimot ikke så stort problem. Her blir de politiske dimensjonene ved radesyken definisjon og betegnelse svært tydelig.

Den arabiske sykdomsgenealogi som er blitt tilskrevet radesyken, er ifølge Møller helt vilkårlig og umulig å forstå. Det er lettere å forklare hvordan det har seg at skabb og fnatt hos fiskere, i mangel av medisinsk hjelp, kan anta en så høy grad av "bösartigkeit", enn å skulle godta en arabisk sykdomsgenealogi. Det Møller reagerer på, er ikke at Gislesen og andre hevder at spedalskheden forekommer av og til, blant noen fiskere, på noen små øyer, som resultat av at annen ubehandlet sykdom tar overhånd, og dermed antar likhet med den arabiske spedalskhet. Men å påstå at et helt land, i allmenne vendinger uten reservasjoner, preges av en herskende spedalskhet, det er en langt alvorligere handling. Det første, nemlig det å påstå at spedalskhet nok kunne forekomme av og til, hadde vært "das höchste, was man öffentlich sagen oder schreiben dürfte". Ikke bare tar Møller Gislesens påstand som en fornærmelse mot sitt folk og Norges innbyggere. Som nordmann vil han ha seg frabedt at noe

⁴⁷² Møller, "Schreiben des seeligen Doctors und Landphysikus Möller zu Porsgrund bey Scheen in Norwegen, vom 29. aug. 1787," s. 45-6.

⁴⁷³ Verket han refererer til kom ut i 1790: Philipp Gabriel Hensler, *Vom abendländischen Aussatze im Mittelalter* (Hamburg: 1790).

slikt uttales offentlig. Møller var et aktivt medlem i Porsgrunns litterære salonger, og en belest mann. I 1793 hadde han utgitt en egen tekst hvor han fremmet tanken om eget universitetet i Norge – i Tønsberg. Han var altså opptatt av å styrke Norge som nasjon, og var helt tydelig fornærmet over at Gislesen hadde identifisert spedalskhet som en særnorsk sykdom.

Riktignok kan nasjonen trøste seg med bevisstheten om at dette er uriktig, fortsetter Møller. Men hva skal de fremmede naboene tenke? Hvis denne nasjonen har så mye spedalskhet, må de ikke da nærme seg den med ”Schrecken und Abscheu”? Han innrømmer riktignok at ”Norwegen ist dafür bekannt und ausgeschrien, daß es eine Krankheit habe, die die Einwohner Radesyge nennen (weil Rade unter dem Volke etwas bedeutet, daß böse und schlimm ist).“ Denne ”unsere Radesyge“ er imidlertid ikke spedalskhet. Slik ser vi at teoriene om radesyken skriver seg inn i en gryende norsk patriotisme, der anklagen om at radesyken skulle være den urene sykdommen spedalskhet blir avskrevet som et angrep på de norske patrioter.⁴⁷⁴

Frederik Holst, derimot, gjeninn skriver radesyken sammen med spedalskhet i sin slektskategori ”lepra”. Også i 1817 dreier det seg om et politisk prosjekt. Tre år etter inngåelsen av unionen med Sverige finner Holst det på sin plass å kommentere at

den sykdommen som særlig i de senere tiår er blitt kjent på vår skandinaviske halvøy under navnet Radesyge, har i lang tid, og kanskje alltid, rystet Sverige like mye som Norge. [...] Derfor burde denne avhandling, hvor de skal vises den fremgangsmåte og metode som vi håper å kunne utrydde denne landeplage med, være av interesse for begge folkeslag, svensker like mye som nordmenn. (Holst 2005 s. 26).

Holst endrer bildet av radesyken på flere måter. For det første gjør han sykdommen større, mer universell: Radesyken hadde tidligere vært oppfattet som en norsk sykdom, i den grad at den altså hadde fått epitetet ”den norske” eller ”norvegica” knyttet til seg i internasjonal litteratur. Nå blir den imidlertid oppfattet som en sykdom som i prinsippet har kunnet finne sted alle steder, til alle tider. Denne universaliseringen av sykdommen får konsekvenser for hvilket kildemateriale som blir relevant. Fordi radesyken tidligere hadde blitt oppfattet som norsk, hadde historien om den vært lokalisert til Norge. Nå kan kunnskapstilfanget imidlertid utvides både i geografisk og i historisk forstand. Derfor blir ikke bare skrifter som antikkens og middelalderens medisinske litteratur interessante, Holst finner også relevante avsnitt i bibelens beskrivelser av spedalskheten.

Når sykdommen blir gjort universell, får dette imidlertid også en annen konsekvens: Det blir mulig å koble den til den hjemlige politiske sfære. Allerede på første side er altså

⁴⁷⁴ For en norsk patriotisme i denne perioden, se kapitlet ”Patriotismen før 1814” i Sørensen, *Kampen om Norges sjel 1770-1905*, s. 23-51. Samt Øystein Sørensen (red.), *Jakten på det norske: perspektiver på utviklingen av en norsk nasjonal identitet på 1800-tallet*, 2. utg. (Oslo: Gyldendal (Ad notam) 2001).

Holst svært opptatt av å vise at problemet har høyeste relevans også for svenskene. Derfor blir det også politisk relevant for hele unionen, ikke bare for Norge.

Jeg har i denne delen arbeidet mye med å forstå disse tekstenes etablering av radesyken i samspill med sin samtids tekster og med en eksplisitt ambisjon om å ikke føre min egen samtid inn i 1700-tallet mer enn nødvendig. Imidlertid har jeg, som jeg nevnte innledningsvis, til stadighet blitt møtt med spørsmålet om hva radesyken *egentlig* var – var det syfilis eller en annen sykdom? Innledningsvis var det et spørsmål jeg avviste av metodologiske grunner, fordi jeg mener det er et anakronistisk prosjekt. I det følgende skal jeg imidlertid forsøke å ta spørsmålet på alvor, også for å tilfredstille de mange medisinske lesere der ute som lurer veldig på akkurat det spørsmålet. Det må presiseres at det er radesyken på 1700-tallet det er snakk om her – det er det som utgjør materialet mitt. Det som følger er altså å betrakte som en ekskurs (bokstavelig talt: ut av kurs). Kapitlet kan naturligvis også sees som et forsøk på nok en etablering av radesyken i skrift – denne gangen en usamtidig bestrebelse, av meg – legen, som skal forsøke å peke på de relevante beskrivelsene i en diagnostisk øvelse.

Ekskurs: Hva var radesyken – egentlig?

Den ytrer sig med smaae Knuder i Huden som siden bliver til Bylder, der faae Sprekker, endelig udbrede sig til slemme og om sig ædende Saar paa adskillige Dele af Legemet der undertiden forvolder en gruelig Verk, gjør Huller i Hovedet, løsner Tænderne og sønderbryder Been i Kroppen⁴⁷⁵

1700-tallets leger var, som jeg har vist, opptatt av å plassere radesyken i et nosologisk system. Mangor etablerte radesyken som en egen klasse, som innbefattet skjørbuk og spedalskhet. Møller anså radesyken som en ”skjørbutisk affection”, mens Deegen mente det var venerisk sykdom. Holst hevdet radesyken var lepra. Senere har spørsmålet opptatt de fleste som har beskjeftiget seg med radesykens historie. Boeck hevdet at radesyken var identisk med tertier syfilis, mens Fredrik Grøn i begynnelsen av 1900-tallet knyttet tråden tilbake til 1700-tallet ved å foreslå at radesyken måtte sees i sammenheng med skjørbuk, nå i den moderne betydning av ordet, som mangelsykdom. Rundt midten av 1900-tallet foreslo Ellis Hudson at radesyke mest sannsynlig var en av de nonveneriske treponematoser,⁴⁷⁶ noe som i norsk kontekst ble fulgt opp av Erichsen og andre.⁴⁷⁷ Nylig er også soppgifter lansert som årsak til radesyken.⁴⁷⁸

Hensikten med dette kapitlet er å benytte medisinsk kunnskap anno 2007 og diskutere hvorvidt beskrivelsene av radesyken kan passe med en eller flere av nåtidens sykdommer. Istedenfor å prøve å forstå tekstene ut fra premissene i deres samtid, slik jeg har forsøkt hittil i avhandlingen, vil jeg nå benytte dagens medisinske kunnskap på pasientrapporter, byråkratiske redegjørelser og medisinske avhandlinger. I en form som er medisinerens mer

⁴⁷⁵ Wille, *Beskrivelse over Sillejords Præstegjeld*, s. 269.

⁴⁷⁶ Ellis H. Hudson hadde forsket på bejel eller endemisk syfilis blant arabiske beduiner, og konkluderte med at yaws, bejel og syfilis alle var varianter av en og samme sykdom, forårsaket av én mikrobe, *Treponema pallidum*. Hans tese var at nonvenerisk syfilis hadde blitt transformert til venerisk syfilis idet den overgikk til mindre temperte områder, der smitten ikke så lett kunne spres gjennom hud. Hudsons teorier er fremdeles omstridt, blant annet er det nå enighet om at de tre sykdommene forårsakes av tre forskjellige mikrober, nemlig *Treponema pallidum pallidum* (syfilis), *Treponema pallidum pertenue* (yaws), *treponema pallidum endemicum* (bejel eller endemisk syfilis) og *Treponema pallidum carateum* (pinta). men hans befestelse av radesyken som endemisk syfilis fikk nedslag blant medisinhistorikere. Se Ellis Herndon Hudson, *Treponematoses*, bd. 5 i *Oxford Medicine*, (New York: Oxford University Press, 1949).

⁴⁷⁷ Erichsen, ”Radesyken.” Se også R.S Morton, ”The Sibbens of Scotland,” *Medical History* 11, no. 4 (1967): 374-80. Det diskuteres også av Danielsen og Bjorvatn i en nyere artikkel: Danielsen og Bjorvatn, ”Radesyken – en norsk tragedie.”

⁴⁷⁸ Størmer, ”Radesyken i Norge - var muggsoppgifter involvert.”

enn historikerens vil jeg beskrive symptomer, forløp og utbredelse og forsøke å sette dette inn i et moderne diagnose-system.

1. Materiale og metode

Som utgangspunkt har jeg benyttet pasientbeskrivelser fra tre forskjellige institusjoner på 1770-tallet. De skriver seg fra rapporter legene ved sykehuset sendte til styresmaktene i København, med summariske symptombeskrivelser. Fra radesykehuset i Stavanger er det hentet slike beskrivelser over 63 pasienter fra de første to år ved sykehuset.⁴⁷⁹ Fra radesykehuset i Flekkefjord inngår opplysninger om 24 tilfeldig valgte pasienter fra Henrik Deegens journal,⁴⁸⁰ og fra Kong Frederiks Hospital i København har jeg benyttet Frederik Ludvig Bangs beskrivelser av 13 pasienter som ble tvangssendt til København for at hovedstadens leger skulle få et begrep om hva radesyken var.⁴⁸¹ Disse 100 pasientbeskrivelsene omtales i det følgende som pasientmaterialet. Videre har jeg trukket ut opplysninger om kjønn og alder fra pasientprotokollen ved sykehuset i Bratsberg mellom 1778 og 1822.⁴⁸² Alder er oppgitt for de aller fleste pasienter, men kjønn har jeg sluttet meg til ut fra pasientens navn. Endelig har jeg benyttet meg av radesyketekstene og skriftlige rapporter som ellers i avhandlingen, men i denne sammenheng har jeg lett etter opplysninger av relevans for moderne medisinsk diagnostikk.

⁴⁷⁹ Diverse brev fra Henrik Steffens i sykehusets to første år i RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁴⁸⁰ Hentet fra SAK, LMA, 321 Flekkefjord sykehus.

⁴⁸¹ Frederik Ludvig Bang: *Relatio de Ægrotis Norvegis Rade-Syge Dictis*. Håndskrevet manuskript datert 23.3.1777: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁴⁸² Jfr. pasientprotokoll: Statsarkivet i Kongsberg, Bratsberg len- og amsarkiv, nr. 319. Protokollen mangler for årene før 1778. Den er digitalisert, og de numeriske beregninger er delvis gjort på grunnlag av denne digitaliserte utgaven. Jfr. [<http://digitalarkivet.uib.no/cgi-win/webccens.exe?slag=visbase&sidnr=1&filnamn=sy06001778&visdok=vis>] (oppsøkt 30.6.07).

2. Resultater

2.1. Symptomer.

Tabell 1: De mest fremtredende symptomer hos 100 radesykepasienter innlagt på ulike sykehus på 1770-tallet. Antall (prosent)

Pasientmateriale	Sår og knuter uansett sted	Oronasale sår	Ekstremitet sår	Genitale sår	Utslett	Ledd-smerter
Stavanger N=63	58 (92%)	31 (48%)	33 (52%)	24 (38%)	26 (41%)	9 (14%)
Flekkefjord N=24	24 (100%)	20 (83%)	13 (54%)	2 (8%)	9 (38%)	6 (25%)
København N=13	12 (92%)	8 (62%)	8 (62%)	0	10 (69%)	6 (46%)
Totalt N=100	94 (94%)	59 (59%)	54 (54%)	26 (26%)	45 (45%)	21 (21%)

Tabell 1 viser forekomst av de mest fremtredende symptomene hos de 100 pasientene fra ulike sykehus. Sårddannelser og knuter forekommer hos de aller fleste syke. Over halvparten av pasientene har sår oronasalt (i munn-nese-området). Nesten like mange har sår på ekstremiteter (armer og ben). Om lag en fjerdedel har sår på genitalia. Sår på truncus (bolen) forekommer sjeldnere. Av andre symptomer dominerer utslett, som sees hos nesten halvparten, og ekstremitetssmerter, ofte beskrevet som leddsmerter. 15% har benete hevelser.

Sårene kan være både store og små. Arbo hevder de kan bli mer enn 5 tommer i diameter, og at sårets rand er blålig rød og "noget calløs" (Arbo s. 19), mens Deegen sier sår-randen er rød og bløt. (Deegen s. 15). En del av sårene blir nekrotiske og eter seg innover i underliggende vev. Møller beskriver soppaktige utvekster som kan være av forskjellige størrelser, inntil "størrelse med et barnehode".

Både i pasientmaterialet og i tekstene er de mest påfallende symptomer tilstedeværelsen av store og mutilerende oronasale sår. Det dreier seg om sår i munn og svelg, ofte med perforasjon av gane og eventuelt henfall av neseskilleveggen.⁴⁸³ Møller hevder det mest karakteristiske ved sykdommen er kreftaktige ("krebsagtige") sår i munnhulen, som

⁴⁸³ Honoratus Bonnevie skriver i sin rapport til Collegium Medicum: "Ved Betragtning og Undersøgelser af saadanne Patienters Svagheds Beskaffenhed befantes *al ordinair* hos de fleste de glanduløse Deeles i Halsen ulcererede, hos nogle Ossa Nassalis & Palatina erroderede." Brev av 12.8.1776: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

ender med å fortære ganen, mandlene, drøvelen og bakre svelgvegg. Dette *ulcus faucium* (sår i svelget) var ”næsten den eeneste og fornemste Maade, hvorpaa Sygdommen fornemlig ytrer sig her Søndenfjelds.”⁴⁸⁴ Bonnevie omtalte de ”sædvanlige ulcera og halseSyge”,⁴⁸⁵ og beskrev lesjoner karakterisert av progredierende sårdannelse med økende erosjon av ben. Bonnevie skildret i sitt utførlige brev i alt syv mer eller mindre inngående sykehistorier, og på fem av disse syv pasientene konstaterte han tilstedeværelsen av kraftige sårannelser og erosjon av ganen og nesen.⁴⁸⁶ Deegen beskrev små sår i ganen og i nesen, som etter hvert progredierte og ofte endte i innsunken nese. Steffens, lege ved radesykehuset i Stavanger, skrev i flere pasientberetninger utførlig om hvordan sår i svelg og nese truet med å ødelegge hele ansiktet.⁴⁸⁷

Sår på ekstremitetene forekommer nesten like hyppig som oronasale sår, både i pasientmaterialet og i tekstene. Av og til forekommer amputasjon av kroppens perifere deler.⁴⁸⁸ Steffens beskriver en kvinne som kun hadde fingerstumper tilbake, mens en annen av hans pasienter hadde mistet hele foten fra leggen og ned.⁴⁸⁹ Av 70 pasienter Steffens skildrer noen år senere, og som alle med unntak av fem hadde vært innlagt i radesykehuset i Stavanger, er det imidlertid bare én som har fått slike amputasjoner i ytterkant av ekstremitetene. Benhevelser (*tophi*) beskrives av flere, og Mülertz hevder at brystbena kan ”bøye seg”. Sammentrukne lemmer, særlig i knehasene, er et symptom som Møller fremhever, og som også beskrives av Mülertz.

I pasientmaterialet finnes opplysninger om sår på genitalia, eller ”hemmeligheden” som det ofte heter i radesyketekstene, hos ca. en fjerdedel. De fleste av disse har vært innlagt ved sykehuset i Stavanger. I tekstene foreligger motstridende opplysninger. Mangor og Arbo hevder at genitale sår nesten aldri forekommer, mens Bonnevie har sett det av og til.⁴⁹⁰ Deegen opplyser at det han kaller ”Criteria primitiva” (genitalsår i første fase av sykdommen) er sjelden. Hvis de en sjelden gang forelå, var det i form av sjankre på forhuden, kjønnsleppene eller ved endetarmsåpningen. Derimot hevder han at sår på genitalia var

⁴⁸⁴ Møller, *Forsøg i det som angaaer det Norske Folks Sundhed*, s. 200.

⁴⁸⁵ Bonnevie i brev til Collegium Medicum av 12.8.1776. RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁴⁸⁶ Ibid. At kjerteldelene oftest ble angrepet, nevner også Steffens i brev til collegium Medicum av 22.8.1771, samme sted.

⁴⁸⁷ For eksempel denne: „Ihr war die Uvula durch ein sich über den gantzen Gummen ausbreitete geschwür e gänztlich weggefallen, dieses machte ihr das schlucken sehr beschwurlich, ein harte geschwulst hatte das gantze gesicht eingenommen.“ Pasient nr. 2, 3, 5, 6, 17, 20-21, 27-29, 34, 36-38, 41-43, 44, 46, 48-55, 59-61, 63, 64 (dvs 34 av 70) har disse ansiktssårene. Jfr. brev fra Henrik Steffens til det Danske Kanselli 3.9.1775: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165. Mülertz mente innsunken nese var uvanlig i radesyken.

⁴⁸⁸ Mangor, *Underretning om Radesygens Kiendetegn, Aarsager og Helbredelse*; Mülertz, *Bidrag til Oplysning om Radesygens Natur og bedste Lægemaade*, s. 26.

⁴⁸⁹ Brev fra Steffens til Collegium Medicum 22.8.1771: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁴⁹⁰ Mangor, *Underretning om Radesygens Kiendetegn, Aarsager og Helbredelse*.

vanligere i sykdommens senere faser og at ”veneriske vorter” i perineum (mellom genitalia og anus), kondylomer og gamle knutete sår rundt endetarmen var meget hyppig hos begge kjønn. Av og til hadde han observert såkalte ”veneriske testikler”⁴⁹¹ og betente lymfekjertler i lysken. I Steffens’ pasientberetninger forekommer ofte opplysninger om sår på genitalia,⁴⁹² og Touscher i Agder hevder at ”de veneriske tilfælde” vanligvis var tilstede.⁴⁹³

Leddsmerter beskrives relativt hyppig, stort sett i form av nattlige leddsmerter.⁴⁹⁴ Utslett beskrives hos ca. halvparten i pasientmaterialet. Tekstene gir ikke mange opplysninger som kunne passe i et moderne diagnose-system for sykelige forandringer i huden. Noen ganger omtales utslettet simpelthen som ”flekker” av varierende farge. Andre ganger benyttes navn som sier en moderne medisiner relativt lite, for eksempel ringormaktig, herpeginøst, venerisk, og scorbuttisk utslett. Mülertz beretter om kløende ”skabb”. Flere steder beskrives følelsesløse flekker, noe som også er rapportert en gang i pasientmaterialet. Håravfall og tap av øyenbryn beskrives hos to av de 100 pasientene, mens det er anestesi i ansiktet hos en av dem.

Sporadisk omtales også andre symptomer. Søre øyne beskrives hos tre av de 100 pasientene, og hoste hos fire. To av disse har også blodig ekspektorat (oppspytt). To av pasientene har hevelse i tannkjøttet og løse tenner, symptomer som også fremheves av Touscher.⁴⁹⁵ Møller nevner forråtnelse av tannkjøttet og blødninger som mulige symptomer på skjorbuk i sin alminnelighet, men anfører at dette sjelden forekommer i radesyken.

Hos én pasient forekommer neseblødninger og blålige makler – noe som antyder blødningstendens.

2.2. Forløp

Det er vanskelig å danne seg et bilde av sykdommens utvikling og forløp fordi tidsdimensjonen, som hører til en moderne sykehistorie, stort sett mangler. Som vi har sett i

⁴⁹¹ Oppslagsordet testiculus venereus har følgende ordlyd i Schulzes medisinske leksikon fra midten av 1700-tallet: ”TESTICULUS VENEREUS est, quando testispost contagiosam venerem valde intumescit, indurescit, non sine doloris sensu.” Jfr. Steven Blanckaert. *Lexicon medicum*. Halle: Gottl. Bierwirth, 1748, s. 661.

⁴⁹² Se f.eks. Steffens redegjørelse til Collegium.Medicum av pasient nr. 3 (”auswächse am Ano”), 5 (sår i skjeden), 6 (”auswächse am Ano und Ulcuscula am Scroto et membro virile”), 27, 28, 33, 34, 42, 43, 46, 47, 49-59, 64. Brev av 3.19.1775: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁴⁹³ Det dreide seg om sjankre i hals, veneriske testikler, karies i ben, veneriske bubones, bensvulster og kondylomer. Se brev fra Touscher til amtmann Scheel av 6.3. 1774: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁴⁹⁴ Nattlige leddsmerter var nært knyttet til venerisk sykdom helt fra 1500-tallet av. Jfr. Arrizabalaga, Henderson og French, *The Great Pox: the French Disease in Renaissance Europe*; Stein, *Die Behandlung der Franzosenkrankheit in der frühen Neuzeit am Beispiel Augsburgs*.

⁴⁹⁵ Brev fra kirurg Touschen til Scheel av 6.3.1774: samme sted. Touscher var utdannet kirurg, kom som skipskirurg til Stavanger i 1752, praktiserte som lege der under provincialmedicus von Sees tillatelse i medisin og kirurgi, jfr Larsen, Larsen og Olsen, *Norges leger*, Bd V, s. 443.

foregående kapitel, betraktes ikke den kronologiske tid som et viktig element i 1700-tallets sykdomsforståelse. Både Arbo og Mangor hevder riktignok at sårene begynner som flekker, blemmer eller knuter som så åpner seg og blir til sår, eventuelt at sårene utvikler seg etter støt eller frost-skade. Men dette beskrives som stadieinndelinger og dreier seg mer om alvorlighetsgrad og ideelle tidsskjema – ikke om reelle tidsangivelser. Et annet sentralt spørsmål, som vi får lite rede på, er hvorvidt lesjonene går i remisjon for så å komme tilbake, eller om de er til stede hele tiden. Det som imidlertid fremgår, er at dette er en kronisk sykdom som utvikler seg over flere år. Mülertz og Møller legger vekt på at de syke på tross av symptomene ofte kan sove, spise og skjøtte sitt arbeide, men de fleste får en følelse av matthet og tretthet i lemmene.

De aller fleste blir skrevet ut som friske fra radesykehusene. Andre sykner hen og dør en smertefull død, og noen utmattes av ernæringssvikt på grunn av svelgvansker. I radesykehuset i Bratsberg ble det i perioden 1778 til 1822 behandlet i alt 3509 pasienter, og 2916 av dem ble skrevet ut som helbredet, 267 døde i sykehuset, og 54 ble skrevet ut som uhelbredelige.

2.3 Epidemiologi.

I pasientmaterialet var det like mange kvinner som menn, men ved sykehuset i Bratsberg var kvinneandelen 72% i de første to årene, og 59% i totalmaterialet 1778 til 1822.⁴⁹⁶

I pasientmaterialet var 44% under 25 år, 35% var mellom 25 og 40 år, og 20% var mer enn 40 år. Tilsvarende tall fra de første to årene ved radesykehuset i Bratsberg var 57%, 22% og 20%. I gruppen under 25 år fordeler tallene seg relativt jevnt over de ulike aldersgrupper, men få blir syke i aller første leveår. Totalt er hovedinntrykket en relativt jevn aldersfordeling. Det er imidlertid usikkert hvorvidt alders-sammensetningen på de innlagte pasientene avspeiler alderssammensetningen i befolkningen. Siden et vesentlig motiv for opprettelsen av sykehusene var ønsket om å rehabilitere de syke fattige til et liv som nyttige samfunnsmedlemmer, er det sannsynlig at de eldste er underrepresentert i sykehusinnleggelsene. Likevel kan vi slutte at radesyken rammet hardt i den unge delen av befolkningen. Videre kan vi si at radesyken på ingen måte var forbeholdt barn (jamfør omtalen av non-veneriske treponematoser senere i dette kapitlet), og at den så ut til å ramme de aller minste relativt lite.

Mest informasjon om radesykens utbredelse i befolkningen har vi fra prestenes besvarelse til radesykekommisjonen, der et av spørsmålene gikk på hvordan sykdommen

⁴⁹⁶ 2075 kvinner av et totalt antall på 3509.

hadde utbredt seg, og om den smittet uavhengig av alder, kjønn og stand. De fleste hevder at sykdommen angriper uavhengig av kjønn⁴⁹⁷ og alder.⁴⁹⁸ Når det gjelder utbredelse i sosiale lag, angir mange av prestene at sykdommen rammer uavhengig av stand, men påpeker samtidig at i deres distrikt har den bare rammet allmuen.⁴⁹⁹ Arbo skriver at sykdommen er vanligst på landet, hos bønder, fiskere, daglønnere og de som ved "slet Kost, og usunde Næringsmidler, maae gjøre deres arbeide i Kulde og Væde, Vind og Regn, Frost og Sne".

Arbo beskriver sykdommen som "en i Norge endemisk herskende Svagheit" som er særlig vanlig på den sydlige og vestlige Kyst av landet. Dette ser ut til å være en vanlig oppfatning. Ut fra prestenes opplysninger ser det ut til å være en nordre grense for utbredelse ved Bergenhus stift. De av prestene nord for denne grensen som svarte bekreftende på spørsmålet om de hadde radesyke i sitt sogn, uttrykte at de med radesyke forstod spedalskhet. I øst går grensen antagelig litt inn i Bratsberg amt (nåværende Telemark); fra Akershus stift anføres at den bare finnes i de aller vestligste områder av stiftet.⁵⁰⁰ Det ser ut til at radesyken finnes i innlandet så vel som i kyststrøk,⁵⁰¹ selv om for eksempel Arbo, som vi nettopp så, mente at den var vanligere i kyststrøkene. Prestene beretter om radesyke relativt jevnt i stiftet, og sogneprest Wille skriver i sin bok om "øvre Tellemarken" at radesyken herjer også der. Venerisk sykdom var derimot utbredt også i de østlige deler av Norge, og mange har tatt disse tilfellene med i beregninger over radesykens utstrekning. Som vi har sett, mente Deegen at radesyken var en venerisk sykdom. Legen Peter Sundius ved sykehuset i Christiania, som var for venerisk syke fra Akershus og Christian amt, skrev imidlertid i en rapport til radesykekommisjonen at pasienter med radesyke ikke hadde vært innlagt ved sykehuset i hans over 15 år lange fartstid der.

Hva kan prevalensen ha vært? Materialet her er svært usikkert. Noen av prestene angir antall syke i sitt distrikt, men tallene varierer fra 4-5 til over hundre, og de aller fleste anfører vanskeligheten ved å oppnå sikker informasjon på grunn av allmuens vedvarende tendens til å

⁴⁹⁷ Se f.eks. Andreas Faye i brev av 10.10.1778, Schielderup i brev av 13.10.1778, fra presten i Lødreche, 1.12.1778, fra prest Fritzner i Sogndal 23.10.1778 (flere kvinner). Howland i Mandal mener det er "fleere af Mandkiønnet, da de fare videre omkring, end Qvindfolkene, og ere altsaa underkastede større fare for at blive besmittede." 13.11.1778. RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁴⁹⁸ "er ingen alder frietagen for denne syge fra den spædste barndom af til den bædste manddom" Sognepresten i Oddernes i brev til radesykekommisjonen av 2.10.1778. "fra Spæde Børn til aldrende med 40 a 50 aar" Fra Petersen i Tvedt 30.9.1778 til samme kommisjon: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁴⁹⁹ Andreas Faye i brev av 10.10.1778: "dog grasserer den for nærværende Tiid allermost iblandt almuen". RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁵⁰⁰ Det sier også Wille; jfr Wille, *Physisk, oekonomisk og statistisk Beskrivelse over Spydeberg Præstegield*, s. 355.

⁵⁰¹ "Sygdommen andgriper dem, der boer høyt til Fields, som dem, der boer ved Søkanten" Andreas Faye til radesykekommisjonen 10.10.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165. Han motsies imidlertid av flere, f.eks. presten i Mandal, som i brev av 13.11.1778 hevder det er flere i fjellområder enn ved kysten som lider av radesyken: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

skjule sykdommen. Oddernes ved Kristiansand ser ut til å være spesielt hardt rammet, der Faye opplyser ”at neppe to familier var fri for den”.⁵⁰² Møller hevdet i sin bok fra 1784 at ”nogle tusinde” var rammet i Kristiansand stift. Stiftsamtmann Hagerup anslår i 1774 det samlede antall syke i Kristiansand stift til å være 2000.⁵⁰³ Hvis vi ser dette i forhold til en populasjon i stiftet på ca 110 000,⁵⁰⁴ får vi en prevalens på ca 2%.

2.4 Smitteforhold

Stiftsamtmann Hagerup sier i en erklæring til Collegium Medicum i desember 1774 at sykdommen er ”overmaade smittende” og at den smittes ved at to personer spiser og drikker sammen eller ligger i samme seng. Flere prester understreker at sykdommen er svært smittsom. I radesykehusenes journaler finner vi mange eksempler på at flere søsken eller endog hele familier innlegges samtidig.⁵⁰⁵ I et materiale fra Flekkefjord sykehus fant Danielsen og Bjorvatn at 23 av 63 pasienter var innlagt sammen med nære slektninger.⁵⁰⁶ Mange av prestene beskriver imidlertid personer som ikke har blitt smittet, til tross for at de bor i samme hus som pasienter med radesyke.⁵⁰⁷ Som vi har sett i forrige kapittel var smittebegrepet på 1700-tallet vagt og ikke knyttet til mikrober. Er det holdepunkter for en smittsom sykdom i moderne forstand? Med mindre vi skulle ha for oss en sykdom knyttet til en miljøgift eller mangeltilstand som oppsto og forsvant, eller en sykdomsenhet uten et biologisk substrat, tyder radesykens utbredelsesmåte på at den var smittsom. Er det i så fall luftsmitte, kontaktsmitte eller blodsmitte/sekseuell smitte? Ingen av pasientbeskrivelsene gir detaljerte opplysninger om hva som har skjedd forut for innsykningen. Men vi vet at folk på 1700-tallet bodde tett sammen under dårlige hygieniske forhold, og antagelig i perioder hadde dårlig ernæring. Prestene klaget stadig over bøndenes dårlige hygiene og tettboddhet. Vi vet også at de stort sett spiste og drakk av samme beger og skåler. Det var for mange regel mer enn unntaket at flere sov i samme seng. Mulighetene for direkte og indirekte kontaktsmitte så vel som for luftsmitte var derfor mange. Det er mindre som taler for blodsmitte/sekseuell smitte som dominerende smitemåte. Det finnes syke i så mange familier og hos så mange

⁵⁰² Andreas Faye i samme brev som ovenstående note.

⁵⁰³ Møller, *Forsøg i det som angaaer det Norske Folks Sundhed*, s. 200.

⁵⁰⁴ Tallet er svært grovt. Ifølge 1769-folketellingen hadde Kristiansand stift da 105 525 innbyggere, noe som antagelig er et underestimat. I 1801 har jeg funnet tall på amtsnivå, ikke stiftsnivå. Inkludert Bratsberg amt er antall innbyggere i Kristiansand stift da 160 145, men det er for høyt siden det bare var øvre Telemark prosti i Bratsberg amt som tilhørte dette stiftet.

⁵⁰⁵ For eksempel innskrives søsknene Maren, Karen og Hans på henholdsvis 8, 11 og 15 år i sykehuset den 3. august 1778 i Bratsberg radesykehus. Alle er ”befængt” med radesyken.

⁵⁰⁶ Danielsen og Bjorvatn, ”Radesyken – en norsk tragedie.”

⁵⁰⁷ Se f.eks. presten i Henningsøy, som skriver at ”Manden til den eene og Konen til den anden af de 2de forommeldte med Børn har begge leevet de beste Sundheder, og give Haab til dato at være frie.” Brev fra Christian Røtting til radesykekommissjonen 9.10.1778. RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165

barn at det måtte i så fall ha vært utstrakt promiskuitet og svært mange seksuelle overgrep mot barn. Noen barn blir syke allerede i første leveår, så intrauterin smitte kan ikke helt utelukkes. Opplysninger om at ikke alle i husstanden eller at bare en av ektefellene ble syke taler ikke mot at vi har å gjøre med en smittsom sykdom. Det er velkjent for en rekke smittsomme sykdommer at ikke alle som smittes får symptomgivende sykdom.

3. Diskusjon

Før jeg begynner diskusjonen om hva radesyken "egentlig" var basert på de resultater jeg har funnet, må metoden diskuteres. Problemene med å oversette fortidens terminologi til dagens har jeg allerede gjort utførlig rede for i forrige hovedbolk. I tillegg må det her understrekes en praktisk konsekvens av denne oversettelsen. De fleste symptomer som beskrives utførlig av radesykelegene har jeg måttet se bort fra i denne gjennomgangen, rett og slett fordi den ikke er relevant i forhold til nåtidens medisinske terminologi.⁵⁰⁸ Men også de beskrivelser jeg har benyttet meg av byr på substansielle oversettelsesproblemer. Særlig tydelig er dette i forhold til hudforandringer. På 1700-tallet finnes ingen konsensus vedrørende hva slags terminologi man skal bruke på utslett. Som jeg vil vise i epilogen, var de grunnleggende elementærlesjoner som er så sentrale for dagens dermatologi, ennå ikke etablert i den kliniske medisin. I de ulike beskrivelsene av radesykepasienter finner vi derfor ulik terminologi og ordlyd og antagelig varierende meningsinnhold for samme ord hos de ulike forfattere. Dertil kommer at det er vanskelig å velge ut relevante symptombeskrivelser. Ofte forekommer beskrivelser i en og samme rapport som fra mitt epistemologiske utgangspunkt er innbyrdes uforenlige. Det byr på store utfordringer å velge det som passer best, og å innordne det i et konkret sykdomsbilde. Endelig mangler selvsagt vår tids teknisk-kjemiske diagnostiske apparat. Ikke en gang samtidige tegninger av radesykepasienter finnes. Mens medisinen i dag først og fremst er en visuell kultur, var den ikke det på 1700-tallet. Derfor må vi forholde oss til skriftlige beretninger i en medisin som er en skriftkultur – hvilket også selvfølgelig bestemmer hva det er mulig å se – og hva det ikke er mulig å se.

Når det gjelder prevalens og utbredelse må det også tilføyes at statistikk ikke ble en del av medisinen før på 1800-tallet. Det mangler en dansk-norsk motsats til pionerprosjektet *Det svenske tabellverket*, som ble etablert i 1749 og blant annet registrerte dødsårsaker.⁵⁰⁹ Som vi har sett, var det også lunken respons til stiftamtmanden i Kristiansand, Hagerups,

⁵⁰⁸ Det gjelder en rekke symptomer, som for eksempel de nitidige redegjørelsene for endring av ansiktsfarge eller de varierende fornemmelsene av en maur som kryper over nesen.

⁵⁰⁹ Se feks Øivind Larsen, "Eighteenth century Diseases, Diagnostic Trends, and Mortality" (1979).

oppfordring om en registrering av pasientene med radesyke – de var simpelthen ikke så opptatt av å telle ennå. Derfor blir også tallangivelsene upresise.

Med disse forbehold i minnet skal spørsmålet om hva radesyken "egentlig" var diskuteres. Av tekstene kan vi slutte at radesyken var en kronisk sykdom preget av utbredte sår som kunne invadere og bryte ned underliggende benvev. Det mest påfallende var mutilerende sår i nese-svelg-området. Utslett og nattlige leddsmarter var også relativt vanlig. Sykdommen antas å være smittsom, med kontaktsmitte og eventuelt luftsmitte som dominerende smittemåte.

I tabell 2 har jeg listet opp de fleste sykdommer som er foreslått som forklaring på fenomenet radesyke, og ser symptomer ved disse sykdommene i forhold til symptomer som er beskrevet for radesykesyken. Nedenfor vil jeg diskutere disse sykdommene enkeltvis, for til slutt å komme tilbake med en konklusjon.

Tabell 2. Oversikt over viktige symptomer ved radesyke sammenlignet med en del sykdommer som kan utgjøre mulige kandidater.

	Oronasale sår med nekrose	Andre sår	Affeksjon av leggbena	(Ledd)-smerter	Utslett	Fattigdom og dårlig kosthold	Annet
Syfilis	X	X	X	X	X		Få barn Neurologiske og kardiovaskulære senmanifestasjoner
Non-venerisk treponematose	X	X	X	X	X	X	Mest hos barn
Lepa	X	X			X	X	Anestetiske områder
Tuberkulose	X	X	(X)			X	Lunger
Mykotoksikose	(x)					(x)	
Noma ⁵¹⁰	X					X	Mest barn. Dødelig i løpet av få uker
Skjorbuk						X	Tannkjøttbetennelse blødninger
Radesyke	X	X	X	X	X	X	

⁵¹⁰ Noma er tatt med i denne oversikten fordi de orofasiale lesjonene har en påfallende likhet med de beskrevne lesjonene hos de radesyke. Noma er et gangren i munn- og halsregionen som forårsaker progressive og mutilerende ødeleggelser av det affiserte vev. Sykdommen opptrer hovedsakelig hos underernærte barn med dårlig tannhygiene og andre svekkende sykdommer. Sykdommen progredierer raskt, og har en dødelighet på 90% uten behandling. Disse forholdene utelukker den nærmest som kandidater til radesyken. Den er derfor ikke tatt med i den videre diskusjonen. Se J Can Dent Assoc 2005; 71(10):757 og H.P. Adolph, P. Yugueros og J.E. Woods, "Noma: a Review," *Ann Plast Surg* 37 (1996): 657–68.

3.1 Syfilis

Syfilis skyldes infeksjon med *treponema pallidum*, og betegnes av og til som venerisk treponematoze. Syfilis smitter ved seksuell kontakt, ved blodsmitte og fra mor til foster. Sykdommen utspiller seg i tre stadier. Det første stadium er preget av sår på smittestedet, nemlig på genitalia eller eventuelt andre steder, for eksempel munnslimhinnen. Dette syfilitiske såret kalles sjanker, og forsvinner etter noen uker. Etter kortere eller lenger latensfase kan sykdommen blusse opp igjen i et sekundærstadium med utslett og papillomer (opphøyde partier i huden) som kommer og går, blant annet i det anogenitale området. Av og til kan det bli sårdannelse. Etter ytterligere noen tid, opptil mange år, går sykdommen hos noen inn i en tredje fase, tertiærfasen. Sårene i denne fasen kalles gumma. Gumma kan starte som granulomer (knuter) og bryte ut i en eller flere sår som ser nesten utstanset ut. Sårene tilheler med sentral arrdannelse, ofte med hyperpigmenterte render. Gumma kan finnes mange steder på kroppen, blant annet på hodet, på ekstremitetene og på seteballene. Gumma i slimhinnen i nese-svelg-området kan forårsake bendestruksjon, ganeporforasjon og oro-nasal fisteldannelse, eventuelt også ødeleggelse av neseskillevæggen. Gumma kan minne mye om radesyketekstenes beskrivelse av de ødeleggende sårene, særlig i munn- og halsområdet, men ikke helt.⁵¹¹ Osteoperiostitt (betennelse i ben og benhinne) forekommer også, spesielt i leggbena, og manifesterer seg som hevelser som undertiden bryter gjennom huden til sår. I motsetning til de fleste andre manifestasjoner av tertiær syfilis medfører benaffeksjonen smerter, og de nattlige smertene som beskrives hyppig både i det trykte radesykematerialet og i sykehusberetningene er et karakteristisk tegn på dette. Det er imidlertid påfallende at flere av legene, også de som forfekter en venerisk genese av sykdommen, ikke beretter om hudsår på hodet, og endog sier at hodet alltid er spart. Håravfall nevnes også sjelden.

Hvis radesyken var syfilis, skulle ikke da flere ha genitale sår enn de 25% vi finner i pasientmaterialet? Neppe, hvis radesykesårene tolkes som tertiær syfilis, og genitalsårene som ledd i dette. Boeck mente at de symptomene som ble assosiert med radesyke forekom så sent i utviklingen av syfilis at pasienten ofte hadde glemt eller fortrent den primære episoden med

⁵¹¹ Lokalisering i ganen er imidlertid litt anderledes. Gumma forekommer oftest på den harde gane og tungen, veldig sjelden på den bløte gane. I radesykematerialet forekommer imidlertid svært sjelden affeksjon av tungen, derimot er både den bløte og den harde gane angrepet. RF Huebsch, "Gumma of the Hard Palate, with Perforation; Report of a Case.," *Journal of Oral Surgery* 8 (1955): 690-3; H. Kirwald og A. Montag, "Stage 3 Syphilis of the Mouth Cavity," *Laryngorhinootologie* 78 (1999): 254-8; T. Ramstad og L. Traaholt, "Destruction of the soft palate and nose by tertiary 'benign' syphilis. A case report," *J Oral Rehabil* 7 (1980): 111-5.

genitale sår.⁵¹² Vi kan tilføye at primære sår av til finnes i rektum eller i vagina, og at de derfor kan gå mer upåaktet hen. Deegen bruker ordet sjanker i omtale av sår hos radesyke-pasientene. Men er det sjanker i vår forstand? Dette er vanskelig å bedømme så lenge beskrivelsene ikke følger våre kriterier for et syfilittisk sår. Arbo sier imidlertid at sårets rand er blålig rød og ”noget calløs”, noe som kunne passe med en sjanker. Vi får heller ikke vite hvorvidt sår på genitalia oppstår før det kom sår andre steder, slik vi ville vente, hvis dette var syfilis. Videre er det påfallende at vi ikke finner beskrivelser av nevrologiske og psykiske symptomer (tabes dorsalis eller paralysis generalis). Dette er fremtredende manifestasjoner av syfilis i tertiærstadiet, selv om gumma angis som den vanligste komplikasjonen av sensyfilis i *The Oslo study of untreated syphilis* (1891-1951).⁵¹³ Alt i alt er det mye som passer med at radesyke er syfilis, og at de nekrotiske sårene er manifestasjoner av tertiær syfilis. Lang latensperiode og relativt høy andel tilfeller som går i spontan remisjon kunne ha forklart den tilsynelatende store helbredelsesprosenten på sykehuset. Imidlertid er det, som vi har sett, lite trolig at radesyken primært spredte seg ved seksuell overføring. Det foreligger heller ikke beskrivelser av symptomer på intrauterin smitte (smitte i fosterlivet), men slike symptomer kunne kanskje ha forekommet uten at det ble satt i forbindelse med radesyken. Smitteforholdene gjør likevel syfilis mindre aktuell, og en oppblomstring og senere drastisk reduksjon av syfilis i befolkningen virker lite sannsynlig. Heller ikke er syfilis spesielt forbundet med fattigdom og en stasjonær befolkning av bønder og fiskere, som i radesyke-området.

3.2 Non-veneriske treponematoser

Non-veneriske treponematoser er forårsaket av mikroorganismer som er nært beslektet med syfilis. ”Familienavnet” for disse mikroorganismene er treponemer, derav navnet treponematoser. En skiller mellom venerisk treponematoser (syfilis) og non-venerisk treponematoser. De siste smitter ved direkte kontakt med hud eller slimhinne, eventuelt indirekte, for eksempel ved bruk av felles spise-redskaper. Non-venerisk treponematoser opptrer i dag i fattige områder av verden og deles inn i hovedtypene yaws, bejel og pinta. Yaws og bejel, som har mange fellestrekk, er aktuelt i forbindelse med radesyke. Først opptrer en primærlesjon på smittestedet. Papillomer, eventuelt med ulcerasjoner, kan forekomme,

⁵¹² Se diskusjonen i epilogen, der jeg diskuterer Boecks tese noe nærmere. Boeck, *Traité de la Radesyge (Syphilis Tertiaire)*.

⁵¹³ T Gjestland, "The Oslo study of untreated syphilis: an epidemiological investigation of the natural course of the syphilitic infection based upon a re-study of the Boeck-Bruusgaard material," *Acta Derm Venereol* 35 (Suppl. 34) (1955): 3-368.

blant annet i hudfolder. Alvorlige sen-manifestasjoner kan komme etter kortere eller lenger latenstid og ligner svært på tertiær syfilis med sår og nekrose spesielt i munn-nese-området og smertefull affeksjon av tibiaområdet (leggbeinet). Ammende mødre kan smittes av sine barn, og få sår på brystene. Intrauterin smitte er ikke beskrevet. I dag finnes yaws bare i tropiske områder, mens bejel er endemisk i tørre og varme områder. Klimamessig ligner det ikke akkurat på kjerneområdet for radesyken, som var kaldt og fuktig. Mangelfull ernæring, primitive boligforhold og dårlig hygiene er predisponerende faktorer for non-veneriske treponematoser - forhold som var utbredt i radesykens nedslagsfelt. Svært mye passer med at radesyken var en non-venerisk treponematose. Imidlertid angriper disse sykdommene vanligvis barn. Radesyken forekom derimot i alle aldre – dog med overvekt av barn og unge. Dessuten ser man neppe genitalsår hos 25 % av pasienter med non-venerisk treponematose, skjønt yaws også kan manifesteres i fuktige hudfolder, blant annet i analregionen.⁵¹⁴ Medisinhistorikeren Robert Morton hevdet at radesyken var et historisk eksempel på non-venerisk treponematose, sammen med sibbens i Skottland. De senere årene har det vært vanlig å anta at radesyken skyldes non-venerisk treponematose.⁵¹⁵

3.3 Lepra

Lepra skyldes en kronisk infeksjon med *Mycobacterium leprae*, som først og fremst affiserer hud med underliggende vev og perifere nerver, men der også andre organsystem kan involveres. Tradisjonelt skilles mellom to hovedformer, nemlig den glatte og knutete form. Lepra kan fremtre på mange måter, dominert av knuter og sår i huden eller av fortykkelse i huden, ødeleggelser av nervevev med tap av berørings- og smertesans, og sekundære sårdannelser. Munnslimhinnen og ganen kan involveres, likedan neseben og strupehode, med vevshenfall og deformitet.⁵¹⁶ Tap av sensibilitet og smertesans kan føre til stadige skader og sårdannelser med suppurasjon og nekrose. Dette kan resultere i amputasjon av fingre og tær. Kronisiteten i sykdomsbildet, knutene og de orofasiale sårene kan passe bra med radesyken. Anestetiske områder og tap av fingre og tær angis av og til i radesyketekstene. Som vi har sett er det flere av radesykeforfatterne som mener radesyken er spedalskhet eller lepra i en eller annen form.⁵¹⁷ Genitalsår mangler imidlertid i lepra, og det er lite sannsynlig at pasienter med

⁵¹⁴ G.M Antal, S.A Lukehart og Meheus A.Z, "The endemic treponematoses," *Microbes and Infection* 4, no. 1 (2002): 83-94.

⁵¹⁵ Se blant annet Ibid; Danielsen og Bjorvatn, "Radesyken – en norsk tragedie."; Erichsen, "Radesyken."; Hudson, *Treponematoses*; Morton, "The Sibbens of Scotland."

⁵¹⁶ M. D. Martins et al., "Orofacial lesions in treated southeast Brazilian leprosy patients: a cross-sectional study," *Oral diseases* 13, no. 3: 270-73(4).

⁵¹⁷ Blant annet Mangor, Gislesen, Mülertz, Holst.

lepra ville bli ”helbredet” eller gå i spontan remisjon, slik vi får det beskrevet i forbindelse med radesyken. Videre er lepra relativt lite smittsomt, og selv om sykdommen antagelig økte i hyppighet i Norge på 1700-tallet, er det lite trolig at lepra kunne forårsake en lokal oppblomstring som skulle spre seg med den hastighet som historien beretter om radesyken.

3.4. Tuberkulose

Tuberkulose er også en mykobakterie-infeksjon. I samfunn der tuberkulose er utbredt gjennomlever de fleste en relativt symptomfri infeksjon i barneårene, og en livslang latent infeksjon kan blusse opp på ethvert tidspunkt senere i livet. Manifest lungetuberkulose oppstår som resultat av reaktivering av latent infeksjon eller reinfeksjon. Mindre vanlig er manifestasjon i andre organer. Aktuelt i forbindelse med radesyken er tuberkulose i huden, såkalt *lupus vulgaris*, som typisk opptrer i hodet. Også munnhule, gane, tannkjøtt, konjunktiva og nesebrusk kan være angrepet med ulcerasjon og nekrose, et sykdomsbilde som før ble kalt *lupus vorax*. Tuberkulose i benvev forekommer mest typisk i rygghvirvelene, men sees også i andre knokler, blant annet i leggben.

Tuberkulose har, som lepra og ulike treponematoser, en spesiell tendens til å perforere ganen, og kan gi affeksjon også av andre deler av skjelettet. Riktignok beskrives hoste og blodig oppspytt hos to av våre pasienter, men det er usannsynlig at tuberkuløse sår og nekroser skulle være så utbredt uten at det samtidig ble rapportert om høy forekomst av lungetuberkulose. Det passer heller ikke med genitale sår ved tuberkulose, selv om det kan forekomme.

3.5. Skjørbruk og annen kostholdsrelatert patogenese

Skjørbruk i moderne medisin defineres som en mangelsykdom forårsaket av for lite inntak av vitamin C. Etter 4-7 måneder med vitamin C-fattig kost manifesteres sykdommen med blødninger i tannkjøttet, tannkjøttbetennelse, vekttap, tretthet, dårlig appetitt og infeksjonstendens. Etter hvert også blødninger i indre organer. Møller kalte radesyken for den norske skjørbruk. Beskrivelsen av utmattelsestendens, muskelsvakhet og leddsmerte i radesykematerialet ligner på de initiale symptomer med skjørbruk. Beskrivelser av blødningstendens eller blødende tannkjøtt forekommer imidlertid ytterst sjelden i materialet. Selv Møller, som altså oppfattet radesyken som en underart av skjørbruk, mente det i Norge var uvanlig med skjørbrukens vanlige symptomer. Avgjørende er det imidlertid at eroderende sår i munn- og halsregionen, som er så intimt forbundet med radesyke, ikke er del av sykdomsbildet ved skjørbruk. Det er derfor lite trolig at radesyken var symptomer på skjørbruk.

Fredrik Grøn mente at noen av radesykenes symptomer kunne bero på manifest skjorbuk, men hans hovedargument var at skjorbuk kunne ha bidratt til radesyken i form av latent skjorbuk som hadde gitt større sårbarhet for blant annet syfilis.⁵¹⁸ Vi vet riktignok at radesyken hovedsakelig rammet bønder og fattigfolk, men selv om kunnskapen er mangelfull, er det ikke beskrevet endring av kostholdet henimot mindre vitamin C på 1700-tallet. Tvert imot blir den C-vitamin-rike poteten gradvis innført mot slutten av 1700-tallet. Det er derfor lite trolig at det akkurat på denne tiden skulle ha utviklet seg en kost som var fattigere på vitamin C enn tidligere. Selv om dårlig ernæring og nedsatt motstandskraft kan ha vært medvirkende til radesyken, er neppe C-vitamin-mangel forklaring på fenomenet radesyke.

3.6. Mykotoksikose

Mykotoksikose skyldes vanligvis inntak av mat som er forurenset med sopparter som har formert seg og dannet giftstoffer, de såkalte mykotoksiner. Mykotoksikose kan ha en rekke kliniske manifestasjoner, men blant 3-400 mykotoksiner, er det bare én (trichothecens) som forårsaker symptomer av en viss likhet med radesyke.⁵¹⁹ I akutfasen gir den nekrose i munnhulen, men den gir ikke dype sårdannelse. Derimot gir den blødninger fra nese, munn og vagina, noe som radesyken ikke gjør i nevneverdig grad.⁵²⁰ Ut fra dagens kunnskap er det derfor lite sannsynlig at mykotoksiner er årsak til radesyken.⁵²¹

3.7. En eller flere sykdommer?

Var radesyken én sykdom eller flere? Det er mye som tyder på at radesyken kan ha vært et uheldig sammentreff av flere forskjellige sykdommer. Muligens med unntak av non-venerisk treponematoze, er det tvilsomt om én enkelt av de sykdommene som her er omtalt kunne øke så mye at det i seg selv kunne forklare oppkomsten av fenomenet radesyke. Dertil kommer at radesykenes kliniske bilde stemmer godt overens med flere av disse sykdommene jeg har tatt for meg i det foregående. Både venerisk og non-venerisk treponematoze, lepra og tuberkulose er kroniske sykdommer preget av latenstid, senmanifestasjoner og potensielle remisjoner. Alle disse sykdommene har en tendens til å gi mutilerende lesjoner i ansiktsområdet og i leggbeina, men kan også gi en rekke andre manifestasjoner i form av utslett og sår. Dessuten vet vi at

⁵¹⁸ Grøn, "Kan radesyken delvis forklares som en hypovitaminose? ."

⁵¹⁹ For en kritisk gjennomgang av et stort antall sjeldne og gåtefulle sykdommer som har blitt knyttet til mykotoksiner, se J. M. Beardall og J. D. Miller, "Disease in Humans with Mycotoxins as Possible Causes," i J. D. Miller og H. L. Trenholm (red.), *Mycotoxins in grains. Compounds other than aflatoxin*, (St. Paul, Minnesota: Eagan Press, 1994).

⁵²⁰ Bennett J.W, M. Klich. *Clinical Microbiology Reviews*, July 2003, p. 497-516, Vol. 16, No. 3

⁵²¹ Fredrik C. Størmer, "Muggsoppgiftenes betydning for folkehelsen - før og nå," *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 113 (1993): 1061-3; Størmer, "Radesyken i Norge - var muggsoppgifter involvert."

både skabb og en rekke andre hudsykdommer var utbredt, og både disse og kløende stikk av lus og lopper medførte rike muligheter for utvikling av infiserte, kroniske sår. Det som ble oppfattet som radesyke kunne følgelig bestå av alle de nevnte sykdommene, foruten hudkreft og andre sjeldne sykdommer.

En grunn til å hevde at det var én sykdom er at det tross alt ble oppfattet som ett fenomen i en samtid som var vel kjent med tidens sykdomsbilde. Et annet argument for at det dreier seg om én sykdom, er at det i noenlunde samme periode oppstod sykdommer med lignende sykdomsbilde andre steder i Europa. Det gjelder sibbens i Skotland, button scurvy i Irland, Skerljevo i Slovenia, det jyllandske syfiloid i Danmark og den Dietmarsche Krankheit i Sør-Tyskland. Sibbens ble etter sigende introdusert i den skotske befolkning av Cromwells soldater da hans armé tapte for skottene i 1650.⁵²² Man trodde den smittet gjennom deling av spiseredskap. Oronasalregionen var ofte involvert, men det som karakteriserte sykdommen var de bringebærformede utvekster på huden, som kan minne om sykdomsbildet ved yaws. Det jyske syfiloid var også karakterisert av oronasale lesjoner med henfall av nesen, bensmerter og benutvekster (tophi).⁵²³ Sykdommen ble i samtiden forbundet med dårlige kår, men også med venerisk smitte. På 1800-tallet oppstod en epidemi under navnet "skerljevo" i daværende Østerrike-Ungarn, nåværende Kroatia, som av legene ble kalt "morbus veneroscabiosus".⁵²⁴ Sykdommen ble forbundet med syfilis, og forsvant rundt 1860. Den ditmarske sykdom var en annen epidemi med lignende sykdomsbilde. Sykdommen opptrådte på slutten av 1700-tallet i ditmarsken i Sør-Tyskland. Pasientene hadde ondartede sår i munnhule og drøvel, og ødeleggelse av neseskillevæggen forekom.⁵²⁵ Sibbens, ditmarske sykdom, jyllandske syfiloid og radesyken ble sett i sammenheng allerede på 1800-tallet, og mange regner i dag med at det dreier seg om en non-venerisk treponematoze.⁵²⁶

Hvis det var én sykdom, hvilken sykdom skulle det da ha vært? Vi har for lite kunnskap om radesykens epidemiske forløp, dens vekst og fall. Men etter all sannsynlighet oppstod den relativt plutselig en gang på 1700-tallet, og ble stadig mindre hyppig og også

⁵²² For omtaler av sibbens, se bl.a. Benjamin Bell, *Treatise on Lues Venerea* (Edinburgh: James Watson, 1793); James Hill, *Cases in Surgery - to which is Added an Account of Sibbens* (Edinburgh: John Balfour, 1772); Morton, "The Sibbens of Scotland."; Fredrik Wilhelm Willemoes, "Afhandling om den i Skotland herskende Sibbens," *Bibliothek for læger* 2 (1810): 25-42.

⁵²³ Jfr. Ehlers, *Folkesyphilis i Danmark*.

⁵²⁴ I 1820 ble det innført obligatorisk undersøkelse av hele befolkningen, obligatorisk hospitalisering av de affiserte og desinfeksjon og rengjøring av pasientenes hjem. 97 % av befolkningen ble undersøkt. Jfr. F Gruber, "Skerljevo Disease - two Centuries of History," *International Journal of STD & AIDS* 11 (2000): 207-11, s. 209.

⁵²⁵ For omtale av den ditmarske sykdom se Brandis, "Om den ditmarsiske Syge"; Ludwig August Struve, *Ueber die aussatzartige Krankheit Holsteins, allgemein daselbst die Marschkrankheit genannt. Ein Beytrag zur Kenntnis der pseudosyphilitischen Uebel* (Altona: Joh.Friedr.Hammerich, 1820). Begge knyttet forbindelser mellom den ditmarske sykdom, sibbens og radesyke.

⁵²⁶ Bl.a. Antal, Lukehart og A.Z., "The endemic treponematoses."

mindre ondartet fra 1830-tallet og utover. Non-venerisk treponematose passer best med et slikt forløp, idet den kan oppstå relativt plutselig og bre seg raskt i en befolkning med fattigdom og dårlig ernæring. I 1970-årene erfarte man dette i Afrika, da non-venerisk treponematose økte kraftig i utbredelse i visse områder, etter en vellykket befolkningsrettet intervensjon med antibiotikabehandling 20 år tidligere. De områdene der sykdommen kom tilbake var preget av dårlig ernæring og liten tilgang på helsetjenester og antibiotika.⁵²⁷ I nyere tid har vi også sett at non-venerisk treponematose kan gå tilbake uten antibiotika, for eksempel på Ceylon på 1940-tallet.⁵²⁸ Yaws og pinta viser også et mye mildere sykdomsbilde med mindre tendens til sen-manifestasjoner i områder der sykdommen er i tilbakegang.⁵²⁹ Tilsvarende er det beskrevet for sibbens i Skotland at symptomene ble mildere før sykdommen helt forsvant.⁵³⁰ Forklaringen ser ut til å være at stadig reinfeksjon er av betydning for nye smitteførende utbrudd og heftigheten av senmanifestasjoner hos personer med en kronisk non-venerisk treponematose. Når smittepresset avtar, ved bedre motstandskraft og færre syke, eller i nyere tid ved antibiotikabehandling, kommer man inn i en god sirkel: sykdommen blir mildere, reinfeksjon blir sjeldnere, og sen-manifestasjonene sjeldnere og mindre alvorlig. Alt dette fører til at sykdommen i praksis blir vesentlig mindre "smittsom". Når vi vet at spedbarnsdødeligheten sank på 1800-tallet, noe som gjenspeiler en bedret helsetilstand i befolkningen, kunne dette også passe med radesyken.

4. Konklusjon

Skulle man velge den mest sannsynlige enkeltdiagnosen ville nok derfor konklusjonen bli en form for non-venerisk treponematose. Men mer sannsynlig er det at betegnelsen radesyke rommet flere av de sykdommer jeg her har omtalt, antagelig også en rekke andre. Gitt de enorme forskjeller jeg har gjort rede for i forhold til tolkning og forståelse av sykdom mellom en 1700-talls lege og en lege av i dag, kan ikke 1700-tallsbetegnelsen radesyke oversettes til

⁵²⁷ R Widy-Wirski, "Surveillance and control of resurgent yaws in the African region," *Reviews of Infectious Diseases* 7 (suppl. 2) (1985): 227-32.

⁵²⁸ A Zahra, "Yaws in South-East Asia: An Overview," *Reviews of Infectious Diseases* 7 (Suppl. 2) (1985): 245-50.

⁵²⁹ Fra Surinam foreligger det beskrivelser både fra 1911 og fra 1981. I den mellomliggende periode har ikke sykdommen bare blitt sjeldnere, den har også fått et vesentlig mildere forløp. Jfr. PL Niemel, S Sadal og JJ van der Sluis, "Yaws in Suriname," *Reviews of Infectious Diseases* 7 (Suppl. 2) (1985): 273-5. Lignende observasjoner er gjort i Saudi-Arabia med bejel. G Csonka og J Pace, "Endemic nonvenereal treponematoses (bejel) in Saudi Arabia," *Reviews of Infectious Diseases* 7 (Suppl. 2) (1985): 260-5.

⁵³⁰ Morton, "The Sibbens of Scotland."

én enkelt moderne diagnose. Som Mülertz sier det: "alle disse tilhobe er Radesyge, der viser seg i forskjellig Skikkelse, ligesom den selv er forskjellig".⁵³¹

"The past is another country. They do things differently there".⁵³² I neste del skal det historiserende perspektivet komme tilbake. Denne gang skal fokus ligge på hvordan radesyken etableres som objekt som skal håndteres av myndighetene.

⁵³¹ Mülertz, *Bidrag til Oplysning om Radesygens Natur og bedste Lægemaade*, s. 30.

⁵³² L. P. Hartley, *The Go-Between* (Chelsea: Scarborough House, 1953).

Del II

Mange har hevdet at det skjedde en vending i norsk medisinalpolitikk rundt 1750,⁵³³ og det synes å være generell enighet om at mot slutten av 1700-tallet var medisinen som praksisfelt vesentlig endret. Det skjedde på flere nivåer. Én åpenbar forandring i perioden er den økende omsorgen for barnet. I stigende grad førte omorganiseringen av jordmorvesenet til at fødselen ble en medisinsk arena. Fokuset på de minste viser seg også i den intensiverte kampen mot kopper, fra en spredt inokulasjonspraksis i annen halvdel av 1700-tallet frem mot tilnærmet full vaksinasjonsdekning i løpet av de første tiår av 1800-tallet. Dertil spilte medisinen en stadig viktigere rolle i statsapparatet. Medisin ble ikke lenger betraktet som en helbredelseskunst kun rettet mot den enkelte syke, men inntok en stadig større og viktigere plass i det administrative system og i statens maktapparat. Legenes ytelser ble i tiltakende grad, som vi skal se i radesykesaken, brukt på oppgaver som ble tillagt dem av myndigheten. Medisinsk relevant kunnskap, som ikke bare vedrørte helse og sykdom, men også hverdagens praksiser og omgivelser, som husvære, arbeid og levevaner, ble anvendt i en serie intervensjoner i befolkningen. Staten gikk mer systematisk inn i helbredelsen av de syke. Det fant sted en stor ekspansjon i antall legestillinger ved opprettelsen av distriktskirurgikater og amtsfysikater, og utbygging av en ny type institusjoner, nemlig de kurative sykehus. Utdanningen ble omorganisert for kirurger, medisinerne og jordmødre, og staten begynte å finansiere behandling av smittsomme sykdommer. Dermed fikk en større andel av befolkningen for første gang tilgang til tjenester fra det medisinske apparat, enten de ønsket det eller ikke. Et underliggende premiss for denne utviklingen var en økende overbevisning om at medisinsk behandling nyttet, og en optimisme vedrørende muligheten av en total utryddelse av sykdom.⁵³⁴

Det har vært lansert forskjellige forklaringer på de endringer som finner sted i medisinalforholdene i denne perioden. Sølvi Sogner hevdet i sin doktoravhandling at det var de epidemiske sykdommene som førte til utviklingen av et permanent helsetilbud til

⁵³³ Margunn Skjei Knudsen, "Fra frelse til helse: spedbarnsdødelighet og omsorgssyn i Norge ca. 1700-1830 med særlig vekt på forholdene i Vår Frue sokn, Trondheim" (Doktoravhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 1997), s. 279-83; Moseng, *Ansaret for undersåttenes helse 1603-1850*; Anne-Lise Seip, *Sosialhjelpstaten blir til: norsk sosialpolitikk 1740-1920*, 2. utg. (Oslo: Gyldendal, 1994); Sogner, *Folkevekst og flytting*, s. 121-22.

⁵³⁴ Som når Collegium Medicum *praeses* hevdet at man "vermuthen kann, daß in 2 Jahren das Übel [radesyken] ziemlich ausgerottet seyn kann, wenn hurtig und gründlich dagegen gearbeitet wird". Kratzenstein i brev til amtmann Scheel i Stavanger 15.8.1774: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

befolkningen.⁵³⁵ Embetsmennene var pådriverne i ønsket om et rimelig, effektivt og tilfredsstillende tilbud. Sogner beskriver dette som en gradvis utvikling der styresmaktene i tiltakende grad så det å bekjempe sykdom som statens ansvar. I følge Sogner skjedde dette i flere trinn. Først i forbindelse med pestutbrudd på 1600-tallet, dernest ved tiltak satt inn mot epidemiske sykdommer på 1700-tallet, og endelig gjennom de tiltak som ble innført for å bekjempe alle sykdommer på 1800-tallet.⁵³⁶ Radesyken behandles hos Sogner som en av disse epidemiske sykdommene på 1700-tallet. På mange måter er det lett å slutte seg til Sogners påpekning av at de epidemiske sykdommer har spilt en selvstendig rolle i fremveksten av et offentlig helsetilbud i befolkningen. Likeledes må hun også gis rett i at det ikke er forandringer på idéplan alene som iverksetter endringene i myndighetenes innsats mot sykdom ved slutten av 1700-tallet. Imidlertid ligger det implisitt i Sogners fremstilling en grunnleggende kontinuitet i historien, en utvikling henimot stigende innsikt hos embetsmenn og helsepersonell vedrørende håndteringen av de syke. Denne kontinuiteten har jeg vanskeligere for å slutte meg til. Som det forhåpentligvis vil gå frem nedenfor, var radesykesaken preget av alt annet enn målrettede intervensjoner grunnlagt på erfaring med epidemibekjempelse.

Ole Georg Moseng mener på sin side å påvise et brudd i denne perioden. Han knytter transformasjonen først og fremst til befolkningspolitikken på samme tid. Mens Anne Lise Seip hadde hevdet at helsevesenets institusjoner vokste ut av fattigpolitikken, mener Moseng at opprettelsen av radesykehusene på 1770-tallet tvert i mot innebærer et første skritt henimot en oppløsning av forbindelsen mellom fattigdomsproblemet og statens innsats ovenfor syke.⁵³⁷ Fordi han ikke begrunner denne påstanden nærmere er det vanskelig å vite mer konkret hva han sikter til. Som det allerede er vist i gjennomgangen av radesyketekstene ble radesykespørsmålet imidlertid i samtiden oppfattet som et fattigdomsproblem. Dertil kommer at de tiltak som ble innrettet mot radesyken i stor grad var utformet for å hjelpe de svakest stilte, de som ikke selv kunne organisere sin behandling. Moseng og flere med ham har trukket frem at det som skiller de nye kurative institusjonene, radesykehusene, grunnleggende fra tidligere institusjoner, er at de var etablert for å helbrede syke, ikke for å oppbevare fattige. Som det vil gå frem, var det imidlertid de syke fattige som skulle nås av de nye institusjonene,

⁵³⁵ Sogner, *Folkevekst og flytting*, s. 129. For hennes behandling av radesykesaken, se s. 123.

⁵³⁶ *Ibid.*, s. 121.

⁵³⁷ For Moseng er Jens Kraft, som ofte blir trukket inn for å belyse sammenhengen mellom fattigdomspolitik og institusjonsvesen, snarere en figur som henger igjen ved det gamle. Han sier om Krafts omtale av sykehusene under fattigpleien at "ved en slik formulering hang han igjen i tradisjonelle oppfatninger, og fikk ikke med det vesentlige at de hadde fortjent en egen kategori". Moseng, *Ansaret for undersåttene helse 1603-1850*, s. 265.

ikke de syke i sin allminnelighet. Radesykehusene var primært utformet for å helbrede de som ikke var i stand til å gjennomføre kuren hjemme, på grunn av fattige levekår og dertil hørende dårlig kost, dårlige boforhold og dårlig hygiene. Dels ble de fattige av medisinske og politiske styresmakter ansett for ute av stand til å administrere sine egne medisiner – selvmedisinering ble ansett som for komplisert for de uuddannede, særlig ettersom en viktig del av behandlingen var kvikksølv, som av de fleste ble anerkjent som et farlig medikament. Like viktig var det at den fattige allmues slette kost og strenge betingelser forhindret en effektiv behandling hjemme hos dem selv. De mer formuende kunne ta vare på seg selv mens behandlingen varte, føre et godt kosthold, skjerme seg for anstrengelser, og bli godt pleiet av noen som forstod seg på medisiner. De hadde dermed ikke behov for sykehussinleggelse. Det var ikke slik at sykehusinstitusjonen fra begynnelsen av ble formulert som et tiltak som var bedre for *alle* enn ambulant behandling hjemme hos pasientene, uavhengig av den enkeltes kår. Alt dette vil berøres nærmere i det som følger, men poenget i denne anledning er altså å understreke at disse tiltak ikke var formulert for de velstående. De antok man at greide seg selv. Det er derfor for meg vanskelig å se at radesykehusene utgjorde tiltak som innledet en frakobling av fattigdomsproblemet.

Mosengs alternative forklaring er den merkantilistiske politikken, mer spesielt populasjonismen. Og den har helt åpenbart stor betydning for formuleringen av radesyken som et objekt som skulle håndteres av styresmaktene. Koppeinnpodingen var riktignok, som Moseng også peker på, i motsetning til i nabolandet Sverige, usystematisk og tilfeldig, og ikke minst svært sporadisk gjennomført.⁵³⁸ Radesyken ble imidlertid tydelig som problem på ulike måter innenfor de forskjellige instansene som behandlet den. Det er derfor vanskelig å snakke om noen monolittisk, sentral og effektiv respons fra myndighetene i denne perioden. Allikevel ble staten brukt aktivt som middel til å behandle en sykdom som fremstod som truende. Radesyketiltakene innebærer en ny måte å møte sykdom i befolkningen på, som har lite til felles med tidligere tiders karantene og øvrige tiltak mot de syke. Til tross for at det finnes lokale variasjoner, hadde arbeidet med radesyken heller ikke det tilfeldige og personavhengige preg som inokulasjonspraksisen hadde i samme periode – det var ikke i samme grad avhengig av private initiativ. Arbeidet med radesyken har, som vi skal se, klare statlige føringer. Dette dreier seg ikke som i koppeinokulasjonen, om lokale frivillige tiltak, selv om initiativene kom fra stiftsamtmannen i mange av tilfellene.

⁵³⁸ Ibid., s. 176.

Jeg mener altså at det er to forhold som kommer sammen her: for det første fattigdomsproblemet og for det andre befolkningsproblemet. Det ene dreier seg om den økende differensieringen av den store gruppe fattige. Det andre relaterte problemet omhandler befolkningsvekst og fokuset på en arbeidsfôr og sunn befolkning. Radesykesaken oppstår i et historisk øyeblikk hvor det er statens nytte som står i sentrum. Både fattigdomsproblemet og befolkningspolitikken dreier seg i siste instans om det. De rette fattige skal rehabiliteres og igjen komme staten til nytte, mens befolkningen som helhet tjener landet best dersom den er sunn og frisk. Radesykens politikk oppstår altså ikke i et vakum, men må sees som et ledd i en generell bestrebelse: den politiske maktens gradvis økende fokusering på befolkningens helse og velvære. Det er den spede begynnelse på en ny æra, en æra der omsorgen for kroppen utvikles fra å være et individuelt problem til å bli en offentlig oppgave.

1. Bakgrunn

1.1. Fattigdomsspørsmålet

Vis! Mine Herrer! Vidste de, hvor mangfoldig den Sygdoms Aarsag er blant den fattige norske Bonde, i sær paa nogle Aar, De skulle strax troe; der ville meer end Medicinske Raad til at hindre Sygdommen og forekomme Recidivet. Recidivet: de kommer curerede hjem fattige, nøgne, udmattede, liden, slet eller ingen Mad hjemme, for resten, eller alt, skal løbes fra Gaard til til Gaard iblant ½ eller heel Fierding i Frost, Væde uden Ombytte, allerede befrygtelig, [...] hvad? det slaar ud igjen.⁵³⁹

Som jeg viste i omtalen av radesyketekstene, ble radesykens herjinger ved gjentatte anledninger formulert som et problem som først og fremst angikk de fattige. Ikke nødvendigvis fordi de fattige prinsipielt sett var mer utsatt for denne sykdommen, men fordi deres levekår medførte en høyere eksponering for radesykens årsaker. Også i den offentlige korrespondanse i samtiden spores denne koblingen mellom fattigdom og radesyke. Som i brevet sogneprest Bagge i Vanse prestegjeld på Lista skrev til radesykekommisjonen, som sitatet ovenfor er hentet fra. Han fortsetter med å hevde at sykdommen hersker ”almindeligst [...] ja! næsten allene blant den fattigste Allmue, der har den ussleste Leve-Maade”.⁵⁴⁰ Mens sognepresten i Østre Risør og Søndeleds menigheter forteller at

denne Sygdom gjør ey Forskjæl paa folk, men angriber den af hvad Stand og Kiøn de ere, dog synes de Fattige mest at være udsatte for den, og det til deels formedelst det raae og fugtige Veyr, som de uublig nødes at være ude i, til deels formedelst det ringe Forraad af Klæder at bedække og varme Lægemet med.⁵⁴¹

⁵³⁹ Sogneprest Bagge til radesykekommisjonen 23.9.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁵⁴⁰ Ibid.

⁵⁴¹ Brev fra Claus Juell til radesykekommisjonen 26.9.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

Amtmann Holm i Lister og Mandal amt klaget på sin side i et brev til stiftsamtmannen over at han arbeidet i et amt der det ikke ble snakket om annet enn radesyken og fattigdom.⁵⁴² Fra legehold ble det også understreket at sykdommen primært var et problem som angikk de fattige, som f.eks. av Honoratus Bonnevie: "RadeSygen er her i denne Egn, samme som Øster paa landet meeget Almindelig, og ytrer sig paa adskielige maader, dog meest blandt Bønder, den almindelige og fattige Mand."⁵⁴³

Radesyken ble i store trekk etablert som en sykdom som primært rammet de fattige. I tillegg til en større sårbarhet for radesyken, hadde de fattige også mindre muligheter til å bekjempe den når den først hadde rammet. De hadde lite penger til medisiner, lite eller ingen anledning til å føre den diett og det husvære som var nødvendig under behandlingen, og etter avsluttet behandling var de utsatt for å få tilbakefall fordi de var nødt til å gjenoppta sin sedvanlige helseskadelige levemåte. Derfor er fattigdomsproblematikken en vesentlig kontekst for å forstå oppkomsten av de stadig mer omfattende tiltak mot radesyken fra 1770-tallet. "Utbyggingen av helseinstitusjoner var knyttet til fattigsykepleien",⁵⁴⁴ sier Anne Lise Seip i sitt verk om sosialhjelpsstaten. I 1820 var en slik kobling mellom fattigdomsproblematikk og helsearbeid fremdeles tydelig i Jens Krafts store verk *Topographisk-Statistisk Beskrivelse over Kongeriget Norge*. Sykehus og hospitalsvesen fikk her ingen egen omtale, men ble talt sammen med fattigvesenets institusjoner, og sorterte under omtalen av fattigvesenet.⁵⁴⁵ Helt inntil begynnelsen av det 20.århundre kan man spore denne forbindelsen mellom sykehus og fattigvesen i det offentlige byråkratiet.⁵⁴⁶

Tiltakene mot radesyken fant sted i en periode der fattige syke generelt ble gjenstand for større oppmerksomhet fra styresmaktene. I en periode der fattigdom i stigende grad ble gjenstand for differensiering og kategorisering, trådte de fattige syke frem som en gruppe fattige det var mulig å gjøre noe med. Tidligere hadde de fattige grovt sett blitt kategorisert i to grupper, de såkalt verdig og uverdig trengende. Kategoriseringen bestemte hvem som hadde rett til å motta fattigstønad. De som ble ansett som verdig trengende var de som ikke selv *var i stand* til å sørge for seg selv, som krøplinger og misdannede, foreldreløse barn, eller

⁵⁴² Amtmann Peter Holm i brev til stiftsamtmannen 10.7.1775: SAK, Stiftsamtmannen i Kristiansand, 822: Brev fra Lister og Mandal amt 1701-1780.

⁵⁴³ Honoratus Bonnevie i brev til Collegium Medicum 12.4.1776: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁵⁴⁴ Seip, *Sosialhjelpstaten blir til: norsk sosialpolitikk 1740-1920*, s. 47.

⁵⁴⁵ Jens Kraft, *Topographisk-statistisk Beskrivelse over Kongeriget Norge* (Christiania: 1820).

⁵⁴⁶ Sykehusene var finansiert av fattigkassene i de store byene, og administrativt underlagt fattigvesenet. I løpet av 1800-tallet løsnet båndene mellom sykehus og fattigvesen, men man må inn på 1900-tallet før forankringen av institusjonsbasert behandling av de somatisk syke i sosialomsorgen ble definitivt avviklet. Se Svein Carstens, "Lokal sykehusutvikling i en vitenskapelig brytningstid: Trondhjems Borgelige Sygehus, senere Trondhjems Kommunale Sygehus 1805-1902" (Doktoravhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2006), s. 75-77.

gamle og syke uten familie. De ”uverdig” trengende var derimot de man mente ikke *ville* sørge for seg selv. Fattigdomsspørsmålet var tidligere primært knyttet til kristen nestekjærlighet og veldedighet, og hvert prestegjeld skulle sørge for sine fattige. I løpet av 1600- og 1700-tallet ble fattigdommen imidlertid også et sentralt problem for ordensmakten.⁵⁴⁷

Den økende bekymringen for og arbeidet med de såkalt uverdige trengende på 1700-tallet har hovedsakelig blitt forklart med en økt mengde fattige fra århundrets begynnelse, særlig omreisende fattige. Generelt i Europa var dette først og fremst knyttet til kombinasjonen av en sterk befolkningstilvekst og en tiltakende urbanisering, som gjorde at de fattige ble synligere i landskapet. I Norge har det blitt hevdet at det særlig var utviklingen av husmannsvesenet som bidro sterkest til det økende fattigdomsproblem på 1700-tallet.⁵⁴⁸ Selv om det har blitt påvist et økt antall fattige på denne tiden, handler nok denne økte oppmerksomheten rundt de fattige vel så mye om endringer på et kognitivt nivå. I tillegg til at mengden fattige økte, ble fattigdommen i seg selv i stigende grad konsipert som et moralsk problem. De omkringvandrende gruppene ble oppfattet som en trussel mot samfunnet, og som en utfordring for den rådende statsledelsen. Det ”gjaldt å rense veiene for løsdrevne og gatene for tiggere”.⁵⁴⁹ Det ser ut til at det i langt større grad enn tidligere oppstod et behov for å trekke en grense mellom samfunnet for øvrig og ”de andre” som utgjorde dette ordensproblemet. Tvangssysselsetting ble iverksatt av omstreifere og tiggere i ulike arbeidshus. Rundt i Europa internert i franske *hôpitaux généraux*, i engelske *workhouses*, i tyske *Zuchthäuser*, i hollandske *tuchthuizen* og i spanske *hospices*.⁵⁵⁰ De norske institusjoner for fattige hadde, selv om de ikke på langt nær var så omfattende som de europeiske institusjonene, fra 1600-tallet en tvetydig karakter. ”Fattighuset, hospitalet, verkshuset,

⁵⁴⁷ I betlerforordningen av 5. mai 1683 ble det forbudt å tigge uten tiggertegn (som bare var tilkjent de verdige trengende), og tiggingen ble begrenset til det sognet eller den byen den fattige tilhørte. Det var de uverdige trengende som stod i fokus i betlerforordningen. De ”verdige” trengende skulle underholdes med autorisert tigging, almisser og tavleombæring.

⁵⁴⁸ Jfr. Knut Dørum, ”Fattigdommen på landsbygda på 1700-tallet,” *Heimen*, no. 2 (1995): 73-85.

⁵⁴⁹ Karl-Gustaf Andersson (red.), *Oppdaginga av fattigdommen: sosial lovgiving i Norden på 1700-talet* (Oslo: Universitetsforlaget, 1983). Publisert som del av serien *Det nordiske forskningsprosjektet centralmakt och lokalsamhälle – beslutsprocess på 1700-talet*.

⁵⁵⁰ Ole Peter Grell, Andrew Cunningham og Robert Jütte, *Health Care and Poor Relief in 18th and 19th Century Northern Europe* (Aldershot: Ashgate, 2002). Det er dette Michel Foucault og andre etter ham med en fellesbenevnelse har kalt den store innesperringen, og som nok er mer dekkende for forholdene i Frankrike enn andre steder. Der tidfestes den til opprettelsen av Hôpital General i Paris i 1665. Dette var ikke en medisinsk institusjon; den hadde en semijuridisk og administrativ struktur, og hadde absolutt jurisdiksjon over de innlagte. Institusjonene var relatert til kongemakten og det absolutistiske regimet og representerte en avgrensning av samfunnets marginale elementer. Det var moralske og økonomiske motiverte fordømmelser av ”uproduktive individer” som først og fremst lå bak disse institusjonene, mente Foucault. Se Michel Foucault, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique* (Paris: Union Generale d'editions, 1961); Michel Foucault, *Galskapens historie i opplysningens tidsalder* (Oslo: Gyldendal, 1999), s. 48-68.

manufakturhuset, barnehuset og tukthuset representerte uklare grenselinjer til det samme: Omsorg og kontroll, pleie og straff”, er Ole Mosengs oppsummering av omsorgen for de fattige i denne perioden.⁵⁵¹ Han hevder også at det neppe var mer enn maksimalt noen hundretalls beboere på norske hospitaler før mot slutten av 1700-tallet, da de nye sykehusene vokste frem.⁵⁵² Dette er nok et for lavt tall,⁵⁵³ men det er allikevel mulig å skrive under på konklusjonen: at det er vanskelig å påvise noen storstilt og systematisk innesperring for Norges del. Imidlertid tilkom det i løpet av 1700-tallet en økende differensiering i behandlingen av de ”verdige” og ”uverdige” trengende, sentrert rundt det moralske og økonomiske problemet lediggang. Fra begynnelsen av århundret vesentlig i form av et økt fokus på problemet med de uverdige trengende som ordensproblem, senere i århundret også som en gradvis endret tilnærming i forholdet til de ”rette” trengende.

Mens det for Danmark kom egen fattigforordning for hele landet i 1708, fikk Norge kun stiftsvisse forordninger i løpet av 1700-tallet. Akershus var først ut i 1741, så fulgte Bergen i 1755, Kristiansand i 1786 og Trondheim i 1790. At det i begynnelsen av århundret var de uverdige trengende som stod sentralt, kan vi se i utbyggingen av tukthusvesenet. Fattigforordningen i Akershus ble kalt tukthusforordningen, fordi dens viktigste punkt var opprettelsen av et tukthus i Kristiania. Arbeidet i tukthuset var en kombinasjon av straff, oppdragelse og økonomisk oppgjør; staten skulle ha igjen for sine utgifter.⁵⁵⁴ I 1735 fikk det tidligere barnehuset i Trondheim navnet *Tugt- og Værkshus for Trondhjems stift*, og i 1744 ble også manufakturhuset i Bergen omdannet til tukthus.⁵⁵⁵ Noen tukthusbygging ble det ikke snakk om for Kristiansands vedkommende før i 1789,⁵⁵⁶ til det hadde skadene ved bybrannen i 1734 vært for store.

⁵⁵¹ Moseng, *Ansvar for undersåtenes helse 1603-1850*, s. 243. Moseng diskuterer imidlertid etter min mening i for liten grad mulige forskjeller mellom 16- og 1700-tallet. De såkalte blandingsinstitusjonene, som barnehuset, der foreldreløse barn ble satt sammen med ulykkelige mødre og småkriminelle, tilhørte i stor grad 1600-tallet. Manufakturhuset ble omdannet til tukthus på 1700-tallet, og jeg kan ikke se at disse ble brukt til å huse de som ble ansett som rette fattige. I selve bygningsmassen har det altså skjedd en økende differensiering.

⁵⁵² Ibid., s. 238.

⁵⁵³ Gunnar Flakstad påviser at det er ca. 460 lemmer bare i Akershus stift mot slutten av århundret. Jfr. Gunnar Ragnvald Flakstad, *Begynnelsen til et offentlig fattigstell: Akershus' stiftsanordning 1741-1801* (Oslo: 1967), s. 80. På de ulike institusjoner (unntatt straffanstalter og tukthus) i Bergen befant det seg 312 mennesker i 1801. Tar man med straffeanstaltene blir summen 391: Jfr. Blom et al., *De fattige Christi lemmer*, s. 50. Bare i Akershus og Bergen alene blir det altså ca. 770 innlagte i hospitaler og fattighus, da er ikke straffeanstaltene tatt med. Mosengs påpekning av at det ikke var flere enn et hundretalls beboere på norske hospitaler før ”de nye formene for sykehus fikk funksjoner mer i tråd med den moderne betydning av ordet” kan dermed ikke medføre riktighet – i disse tallene er i all hovedsak innlagte på de andre typer av institusjoner.

⁵⁵⁴ Jfr. Marit Slyngstad, *Ulydighet og straff: intensjoner og praksis i statsmaktens bekjempelse av fattigdomsproblem: en undersøkelse med utgangspunkt i tukthusforordningen av 2. desember 1741 og de innsatte lemmer ved Christiania tukthus i perioden 1741-63* (Oslo: Tingbokprosjektet, 1994).

⁵⁵⁵ Det var ”børnehuset”, som karakteristisk nok på folkemunne hadde endret navn til ”manufakturhuset”, i det de fattige i stigende grad var blitt satt til produksjon av varer. Jfr. Fossen, *Bergen bys historie*, s. 333.

⁵⁵⁶ Jfr. fundas for Kristiansand tukthus 24. juli 1789.

Ståle Dyrvik har påpekt hvordan tiggingen i økende grad ble oppfattet som et ordensproblem i Norge fra 1720-tallet og fremover. Hans påstand er at arbeidet med fattigdomsproblemene i denne perioden var sentrert rundt tre hovedfelt: opprydningen i de offentlige stiftelsene, en kobling av tjenestemannssaken og fattigdomssaken, og problemene rundt de såkalte egentlige eller rette fattige.⁵⁵⁷ Norske embetsmenn i samtiden mente den økte mengden fattige i stor grad skyldtes at stadig flere unge avviste å ta tjeneste og i stedet foretrakk den langt friere stilling som løsarbeider. I perioder med lavkonjunktur var det imidlertid vanskelig å finne løsarbeid, og dagarbeiderne ble henvist til tigging. Bøndene var avhengige av forutsigbare og oversiktlige arbeidskraftressurser og ønsket derfor faste tjenestefolk. De slo seg sammen med embetsmennene, som fokuserte på at omstreiferne innebar en betydelig ordensforstyrrelse og et moralsk problem. Særlig prestene så med forargelse på det de anså som dagdriveri og tilfeldig ekteskapsmoral hos løsarbeiderne. Denne sammenfallende interessen hos embetsmenn og bønder dannet ifølge Dyrvik et mer omfattende sakskompleks og utløste større aktivitet i styringsverket, idet den kunne forene forskjellige interesser.⁵⁵⁸ Koblingen mellom fattigdomsproblemene og tjenestemannssaken ble formalisert med forordningen om tjenestefolk fra 1754. Her ble det forbudt med dagleie for andre enn gårdbrukere og husmenn. Fantes det ikke arbeid innenfor bygden, skulle futen operere som arbeidsformidler.

Det som avtegner seg i disse diskusjonene er at det på 1700-tallet fremkom et økende antall distinksjoner i fattigdomsspørsmålet, idet "de fattige" som kategori i økende grad ble problematisert. De var ikke lenger en stor og broket gruppe som ble betraktet under ett, man begynte å ta i bruk andre typer klassifikasjoner og vurdere dem på nye måter. I sentrum stod ikke lenger nødvendigvis begrepsparene verdig og uverdig (selv om de fremdeles i høyeste grad var gjeldende), det tilkom også andre måter å kategorisere fattigdommen på. Fenomenet lediggang hadde kommet i sentrum av diskusjonene, med et klart moralsk forelegg. Mot slutten av hundreåret skilles det ut en egen gruppe fattig som tidligere hadde vært underlagt gruppen av de uverdige trengende, nemlig de som gjerne ville, men ikke fikk seg arbeid. Lediggang ble ikke lenger ensbetydende med arbeidsuvillighet. I forordningen om tukthus i Kristiansand i 1789 het det eksempelvis at tukthuset også kunne oppta fattige til frivillig arbeid i tukthuset. De som ble igjen i kategorien "uverdig trengende" ble gjenstand for en

⁵⁵⁷ Ståle Dyrvik, "Avgjerdprosessen og aktørane bak det offentlege fattigstellet i Norge 1720-1760," i Karl-Gustaf Andersson (red.), *Oppdaginga av fattigdommen: sosial lovgiving i Norden på 1700-talet*, (Oslo: Universitetsforlaget, 1983), s. 179.

⁵⁵⁸ Dyrvik påviser blant annet at stattholder Christian Rantzau gikk med planer om en fattiglovgivning der løsningen på tjenestefolkspørsmålet skulle være hovedsaken. Jfr. *Ibid.*, s. 160.

økende moralisering. I den fattigforordning Kristiansand til slutt fikk het det at formålet med forordningen var at ”de Lade og Ørkesløse ved Arbeide [skulle] tvinges til at erhverve deres Ophold og blive deres Medborgere nyttige”.⁵⁵⁹

I samme forordning omtales imidlertid de uverdige trengende bare sekundært, nå er det de verdige trengende som utgjør hovedfokus, ikke lenger de uverdige trengende. Grunnen til at de ”lade og Ørkesløse” skulle tvinges til å skaffe seg sitt eget opphold, var at den rette fattige skulle få sin ”nødtørftige Underholdning”.⁵⁶⁰ I motsetning til tukthusforordningen, som i all hovedsak fokuserte på de uverdige trengende, var det nå de verdige trengende som ble gjenstand for en økende kategorisering. Utover på 1700-tallet hadde de gamle institusjonene blitt mer spesialisert i henhold til funksjon. Som vi så, var skillelinjene uklare når det gjaldt håndteringen av de såkalt verdige og uverdige trengende på 1600-tallet. Utover på 1700-tallet er det mye som tyder på at tukthusene og arbeidsanstaltene nå som hovedregel ble foreholdt de såkalt uverdige trengende, og mot slutten av hundreåret gikk over til å bli rene straffanstalter,⁵⁶¹ mens hospitalene og fattighusene stort sett ble brukt til de såkalt verdige trengende. Rundt 1800 var det omkring 13 slike hospitaler i landet.⁵⁶²

Sykdom var som vi så en av de faktorene som berettiget betegnelsen ”verdige trengende”. Det var imidlertid ikke store ytelser det opprinnelig dreide seg om. Forordningen om ”Medicis og Apothekere” fra 1672 slo fast at de offentlig ansatte legene hadde plikt til å yte fattighjelp vederlagsfritt til de som ikke kunne betale. Legene var også pliktig til å

⁵⁵⁹ Jfr. ”Anordning ang. Fattig-Væsenets Indretning og Bestyrelse i Christiansands Stift”, Frederik August Wessel Berg, *Kongelige Rescripter, Resolutioner og Collegial-Breve for Norge: i Tidsrummet 1660-1813* (Christiania: Cappelen, 1841), bd. 3, s. 251.

⁵⁶⁰ Setningen lyder i sin helhet slik: ”paa det de virkelige Fattige kunne nyde den nødtørftige Underholdning, samt de Lade og Ørkesløse ved Arbeide tvinges til at erhverve deres Ophold og blive deres Medborgere nyttige, fastsættes og befales følgende [...] Ingen skal have Aarsag sig af Betlerie at ernære, efterdi de rette Fattige med nødtørftig Underholdning kunne blive forsynede” Jfr. Ibid.

⁵⁶¹ Marit Slyngstad har f.eks. vist at de fleste som kom på tukthuset i Kristiania hadde forbrutt seg mot loven på en eller annen måte. Det var hovedsakelig to hovedgrupper av innsatte: personer som hadde gjort seg skyldig i tyveri, vold- og sedelighetsforbrytelser, og personer man mente representerte et ordensproblem: arbeidsuvilleg tiggere og løsgjengere, drukkenbolter og skolenektere. Svært få av de innsatte tilhørte kategorien ”verdige trengende”. Slyngstad, *Ulydighet og straff*.

⁵⁶² Rolf Grankvist, *Nidaros kirkes spital 700 år: Trondhjems hospital 1277-1977* (Trondheim: Brun, 1982), s. 10-23, s. 51 og s. 66. I kirkeordinansen fra 1607 ble det gitt fundaser for alminnelige hospitaler i fire stift: for Stavanger og Trondhjem 1612, for Bergen 1617 (St Jørgen) og for Kristiania 1620. I 1722 fantes det to hospitaler i Kristiansand stift. Stavanger hospital hadde seks inneliggende lemmer i 1722, og hadde en relativt stor kapital som stammet fra jordegods. Hospitalet i Kristiansand var bygget i 1709, og hadde plass til 20 mennesker, forutsatt at det lå to i hver seng. SAK, Stiftamtmanden i Kristiansand: Sakinndelte pakkesaker inntil mai 1815; Sosial- og familiesaker, Arkivstykke nr. 2574: Forklaring på hospitalene i stiftet. Da stattholder Wibe kom på besøk til Kristiansand i 1722 ”fant han et velbygd hospital, men uten lemmer”. (Sverre Steen, *Kristiansands historie* (Oslo: Grøndahl, 1941), s. 288. Samme år flyttet det inn seks lemmer. Til hospitalet hørte en kirkegård og en urtehage, og i 1734 var kapitalen så høy som 6000 rd. Arendal og Risør manglede i 1715 både hospital og legat, men hadde i 1845 opparbeidet seg et legat på 1872 rd. Arendal hospital ble etablert i 1755. Hospitalet i Skien hadde plass til om lag åtte personer, og skrev seg fra 1661. Jfr. Reichborn-Kjennerud, Kobro og Grøn, *Medisinens historie i Norge*, s. 148.

undervise og eksaminere jordmødre, til å holde kontroll med apotekene, og til å rapportere til det medisinske fakultetet i København. Men det var ikke mange av dem: Ved 1700-tallets begynnelse fantes det bare fire embetsleger i Norge: stadsfysicus i Bergen (utnevnt 1603), Christiania (utnevnt 1626) og Trondhjem (utnevnt 1660), og bergmedicus i Kongsberg (utnevnt 1660). Fra 1743 kom det også til en provincialfysicus i Kristiansand fra 1743, Friedrich von See, som i likhet med de andre skulle tjene de fattige vederlagsfritt.⁵⁶³

Rundt 1750 var det altså i hele Norge fem embetsleger og i de større byer til sammen fem-seks privatpraktiserende leger med universitetsutdannelse.⁵⁶⁴ Hertil kom i noen av byene et lite antall utdannede kirurger, hvorav tre til fire hadde fast ansettelse. I hele Norge var det i 1777 12 kirurgmestere, og 30 svenner, samt to ”drengene”.⁵⁶⁵ Det sier seg selv at den behandling som ble tilbudt, kom annenstedsfra. For 1700-tallets Norge dreier det seg om et bredt spekter av ulike behandlere med barts kjærere, klokkere og apotekere på den ene siden og et ukjent antall kloke koner og omreisende selvlærte ”spesialister” av ulike slag på den andre.

Fra 1750 og utover kan vi spore en ny differensiering også innenfor gruppen av de ”verdige trengende”. De syke fattige ble gjenstand for økende oppmerksomhet. Tidligere hadde de blitt ivaretatt på samme måte som andre fattige, men nå ble de ansett som en gruppe med potensial for rehabilitering tilbake til et produktivt liv i samfunnet. Ble de helbredet, kunne de komme i arbeid, unnsnippe fattigdommen og ikke lenger ligge staten til last. I Sverige i 1763 og 1766 ble det utformet forordninger for en rasjonell sortering av individer som krevde statens omsorg. I disse forordningene opptrådte de syke fattige i en gruppe som verken

⁵⁶³ Bakgrunnen for opprettelsen av provinsialfysikatet var at det i Kristiansand stift herjet ”grasserende farlige og Smittomme Sygdomme”, samt at det i Egersund hadde oppstått en ”skadelig og besmittelig Sygdom, som allerede udi nogle Aar imellem Indbyggerne Skal have grasseret, og af dem holdt gedult, men nu skal udsprede sig meere og meere”. Kongen hadde derfor bestemt at det medisinske fakultet skulle gjøre forslag til en ”udi Medicinen og Chirurgen erfaren Persohn som vi til Provincial Medicum og Chirurgum for det allernaadigst anbetroede Stift ville Besikke [...] hvorfor ham af Stiftets Indbygere [...] noget vist udi aarlig Løn, skal tillægges, hvorimod hand uden Belønning, skal være pligtig at betiene den Fattige og geemene Almue”. Jfr. brev av 12.7.1743: SAK, Stiftsamtmannen i Kristiansand, 1527: Ang. provincialmedicus. Noen år senere var imidlertid sykdommen kommet under kontroll. Se f.eks. SAK, Stiftamtmanden i Kristiansand, 1527: Ang. provincialmedicus, brev av 5. 2.1746 fra von See til stiftsamtmannen. Han refererte der til en ”farlig og besmittelig Sygdom, der allerede udi nogle Aar havde grasseret”. Ved brevetts skrivelse var alle de syke helbredet og ”den smittomme Sygdommen hemmet”. VonSee hadde imidlertid ikke fått refundert sine utgifter til medisiner som han hadde brukt ved det midlertidige ”Lazarette”, og ved reskript av 5.2.1746 ble det oppfordret til at kollektbøker skulle ombæres for å samle det manglende beløp. SAK, Stiftamtmanden i Kristiansand, 1527: Ang. provincialmedicus. I samme reskript ble von See beordret til å reise mer omkring i distriktet til syke fattige. Von See skulle få en årslønn på 300 rd., utgifter som skulle fordeles på kjøpstedene og bygdene. De fattige skulle behandles gratis. Han fortsatte som landfysikus i stiftet inntil sin død i 1781, da han ble etterfulgt av Johannes Nielsen.

⁵⁶⁴ Paul Winge, *Den norske sindssygeret: historisk fremstillet* (Kristiania: Dybwad, 1913).

⁵⁶⁵ John Utheim, *Oversigt over det norske civile Lægevæsens historiske Udvikling og nuværende Ordning, Bilag 2 til den kongelige Lægekommissions Indstilling*. (Oslo: Johannes Bjørnstads Bogtrykkeri, 1901), s. 4.

innbefattet de ”verdige” eller ”uverdige” trengende: de uskyldige arbeidsløse. Denne nye gruppen, som vi også så ble spesifisert i forbindelse med tukthusetableringen i Kristiansand, omfattet nå også de syke. Forordningen fremhevet at de syke skulle tilbakeføres til sin rolle i produksjonen.⁵⁶⁶

I Danmark og Sverige var det innsats knyttet til sykehus og oppfostringshus som stod i sentrum, og perioden var preget av de kostbare institusjonene. I Danmark-Norge ble dette innledet med opprettelsen av Det kongelige Frederiks hospital i København, et monumentalt sykehusbygg, utformet for å helbrede de syke, i 1757. Det skulle være

Et almindeligt Hjelpe-Middel for de Syge, som ikke formåede i deres armelige og nødlidende Tilstand at komme sig selv till Hielp, og dog ved Guds Naadige Bistand og Lægens Hielp, samt en god og tilbørlig Underholdning kunde forhielpes til deres Førlighed igien, saa at de kunde igien fortjene deres Leve-Brød.⁵⁶⁷

Det går altså frem av fundasen til sykehuset at det ikke bare var opprettet for å hjelpe syke som på grunn av sin ”armelige og nødlidende” tilstand ikke kunne hjelpe seg selv. Fundasen uttrykker også helt eksplisitt at formålet var å få dem friske nok til å tjene sitt eget levebrød. De fattige skulle behandles gratis. Frederiks hospital var det første større sykehus i kongedømmet, og det ble mønsterdannende for de andre 12 sykehus som ble opprettet i Danmark utenfor København i årene frem mot 1800.⁵⁶⁸

Medisinsk behandling ble altså en måte å nyttiggjøre seg de fattiges kropp på. Det var derfor ikke lenger utelukkende de polære begrepene syk eller frisk som ble tatt i bruk, det ble også innenfor hver kategori innført stadig flere distinksjoner. Innenfor gruppen av de syke skilte man nå mellom helbredelige og uhelbredelige, og innen gruppen av de helbredelige ble det også differensiert mellom grupper av syke i henhold til hvordan behandlingen best kunne innrettes. Også sykdommer som hittil hadde vært ansett som uhelbredelige ble gjort gjenstand for terapeutiske undersøkelser, som når stadsfysikus Büchner i Bergen ble oppmuntret av stiftsamtmann Cicignon til å prøve behandling med kvikksølv på de spedalske.⁵⁶⁹

I tråd med dette nye fokus på de syke fattige ble det i Norge i annen halvdel av 1700-tallet opprettet en rekke nye legeembeter, et betydelig antall av dem med radesyken som begrunnelse. Det ble etablert en rekke såkalte amtsfysikater, etter hvert også amtskirurgikater, henholdsvis en lege eller kirurgstilling for et amt. De fattige skulle behandles gratis. Drøyt 60

⁵⁶⁶ Karin Johannisson, *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter* (Stockholm: Norstedts, 1990), s. 50.

⁵⁶⁷ Fundats for Frederiks Hospital 1756, sitert fra Signild Vallgård, *Sjukhus och fattigpolitik: et bidrag til de danska sjukhusens historia 1750-1880* (København: Fagl, 1985), s. 17.

⁵⁶⁸ Tre av dem for venerisk syke (Varde 1794, Kolding og Skanderborg 1785), noen for andre smittsomme sykdommer (Århus 1990, Nakskov 1798 og Randers 1788), og igjen noen for alle mulige sykdommer (Odense 1794, Friedrichsborg og Cronborg 1770). Jfr. Ibid., s. 34, n. 16, 17 og 18.

⁵⁶⁹ Blom et al., *”De fattige Christi lemmer”*, s. 33.

år senere, i 1814, var det blitt opprettet 15 fysikater og 27 distriktskirurgikater i Norge, og i tillegg kom to kirurger og en medicus som hadde rene sykehusstillinger.⁵⁷⁰ I 1814 hadde landets totale antall leger således steget til omtrent 100. I samme periode ble det opprettet seks nye sykehus, og to tidligere pleieanstalter var blitt omdannet til helbredelsesanstalter. Kobro et al hevder at det på grunn av radesyken alene ble innrettet 15 sykehus med til sammen 500 senger.⁵⁷¹ I en artikkel i Eyr beskrives fra år 1822 i alt 16 sykehus for ”venerisk syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme” med et totalt antall pasienter på ca. 1000.⁵⁷²

1.2. Befolkningsspørsmålet

Fattigdomsproblemet stod altså helt sentralt i den tiden vi her snakker om. Imidlertid er det et annet aspekt ved perioden som i høyeste grad er relevant for radesyken som problem for statsmakten, og det er befolkningsspørsmålet. George Rosen har vist hvordan staten i de ulike europeiske land fra 1600-tallet og frem til slutten av 1700-tallet viste en stigende interesse for befolkningens størrelse.⁵⁷³ Det var alminnelig antatt at en sterk stat var synonymt med en sterk og arbeidsfør befolkning. Michel Foucault hevdet at to grunnleggende revolusjoner fant sted i det han kalte maktens teknologier siden den klassiske tidsalder: utviklingen av såkalte anatomo-politiske teknikker rettet mot den individuelle kroppen og utviklingen av biopolitiske teknikker rettet mot den kollektive eller sosiale kroppen. Begge teknikker henhører fra et engasjement med ”befolkning”, forstått i en eller annen form. I denne tiden oppstår, i følge Foucault, styresettet slik vi ser det i moderne samfunn. Disse styringsdannelsene er karakterisert av å ha befolkningen som sitt essensielle objekt, en befolkning som kontrolleres ved hjelp av ulike disiplinære praksiser.

⁵⁷⁰ 1773 for Bratsberg, 1784 for Romsdal, 1786 for Akershus, Buskerud, Smaalenene, Kristians og Hedemarkens amter samt for Jarlsberg Grevskab. 1790 for Nordlands amt, 1796 for Larvik Grevskab, 1799 tre Landfysikater for Arendal, Stavanger og Flekkefjord, 1805 i Mandal (til sammen 14). Når det gjelder kirurgikatene ble stiftene og til dels amtene delt i en rekke distrikter. Finnmarken 1775, 1789 Bratsberg, 1790 hhv Senja og Tromsø, 1791 Romsdal (delt i tre i 1798), 1792 tre i Akershus amt (redusert til to igjen i 1800), 1794 i Nordland, 1802 Sogn, 1802 Sønd og Nordfjord, 1803 Kristians Amt (delt i to i 1811), 1803 Nedenæs, 1803 Raabygdelaget, 1804 Jæren/Dalerne, 1806 i Ørlandet og Fosen, 1807 Hardanger og Voss, 1811 nedre Telemarken, 1811 øvre Telemarken. I noen tilfeller ble fysikater nedlagt ved kirurgikaters opprettelse: Det skjer for Akershus Amt 1792, Nordlands provincialmedikat 1794, Romsdals Amtsfysikat 1798 og Arendals Landfysikat 1803. Jfr. Utheim, *Oversigt over det norske civile Lægevæsens historiske Udvikling og nuværende Ordning*, s. 2 og 4.

⁵⁷¹ Reichborn-Kjennerud, Kobro og Grøn, *Medisins historie i Norge*, s. 254 ff.

⁵⁷² Frederik Holst, ”Sygehuse for venerisk Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme i Norge i Decenniet fra 1822 til 1831,” *Eyr* 10 (1834): 1-44.

⁵⁷³ George Rosen, ”Camaralism and the Concept of Medical Police,” *Bulletin of the History of Medicine* 27 (1953): 21-42.

Det er mye som tyder på at det avtegnet seg et skille midt på 1700-tallet.⁵⁷⁴ Mellom 1730 og 1750 stod omstreiferne og betlerne sentralt, og innsatsen ble konsentrert rundt opprettelsen av tukthusanstalter og oppsporing av de urette fattige. Mellom 1750 og 1770 ble bekymringen for lediggang i store trekk erstattet av et økende fokus på statens behov for en stor og sunn befolkning, der interessen ble sentrert rundt befolkningens fremtid, nemlig barna. Ståle Dyrvik hevder dette aspektet var sterkere i Sverige enn i Danmark-Norge, fordi man i Sverige bekymret seg for at befolkningen minket. Karin Johannisson har kalt denne bekymringen "tidens folksjukdom".⁵⁷⁵ Til tross for at trusselen om avfolking ikke ble oppfattet som så presserende i Danmark-Norge, var det like fullt en alminnelig og dominerende oppfatning at folkevekst var et ubetinget gode for staten. Ole Moseng har vist til tidsskriftet *Danmark og Norges oeconomiske Magazin* som et forum der slike tanker ble gjort kjent og debattert.⁵⁷⁶

Som George Rosen har påpekt, må oppmerksomheten rundt befolkningstilvekst som middel for en styrket stat forstås som del av et bredere program. Det dreide seg om en statlig maktpolitikk som hadde som mål å plassere samfunnets sosiale og økonomiske liv i den statlige maktpolitikks tjeneste.⁵⁷⁷ Det denne statsmakten trengte var fremfor alt en stor befolkning: "Saavidt beroer Landets Styrke ikke paa dets Storhed, men paa dets Folkemængde,"⁵⁷⁸ som biskop Pontoppidan sa det. Denne befolkningen måtte sørges for i materiell forstand, og den måtte være under regjeringens kontroll. Det var en utbredt anerkjennelse av at effektiv utnyttelse av befolkningen forutsatte oppmerksomhet overfor helseproblemer. Det å tilby de fattige helbredelse for sykdommer ville være økonomisk lønnsomt både for dem selv og for staten.

1700-tallets gradvise tilnærming til helseproblemet blir vanligvis forklart ved hjelp av termen merkantilisme, og presiseres gjerne inn mot den delen av merkantilisme som kalles populasjonisme. Rosen formulerer relasjonen mellom stat og samfunn innenfor merkantilismen slik: "[S]ince power was considered the first interest of the state, most elements of mercantilist policy were advanced and justified as strengthening the power of the

⁵⁷⁴ Jfr. bl.a. delstudien om fattigdom i det store nordiske fellesprosjektet "mellom sentralmakt og lokalsamfunn". Resultater fra prosjektet ble publisert i flere delrapporter, og noen av dem har jeg henvist til i det foregående. Hele forskningsprosjektet er oppsummert i følgende utgivelse: Harald Gustafsson, *Political Interaction in the Old Regime: Central Power and Local Society in the Eighteenth-Century Nordic States, Det Nordiska forskningsprosjektet Centralmakt och lokalsamhälle – beslutsprocess på 1700-talet* (Lund: Studentlitteratur, 1994).

⁵⁷⁵ Johannisson, *Medicinens öga*, s. 48.

⁵⁷⁶ Moseng, *Ansaret for undersåttenes helse 1603-1850*, s. 117.

⁵⁷⁷ Rosen, "Cameralism and the Concept of Medical Police," s. 23.

⁵⁷⁸ Sitert fra Moseng, *Ansaret for undersåttenes helse 1603-1850*, s. 119.

realm. Politically, *raison d'état* was the fulcrum of social policy".⁵⁷⁹ På grunn av merkantilismens nære tilknytning til det økonomiske feltet, har noen forskere foretrukket å benytte begrepet kameralisme om den ideologi som regulerte eneveldets innsats blant annet med hensyn på å oppnå en sterk og arbeidsfør befolkning.⁵⁸⁰

Et viktig element i den kameralistiske tenkningen var uttrykket medisinsk politi. Uttrykket betegnet en sunnhetspolitikken bredt forstått, og regulerte statens forvaltning av befolkningens helse. Det dreide seg altså ikke om en politimyndighet i moderne forstand, snarere om en helsepolitikk.⁵⁸¹ Ideene om politi ble formulert innenfor rammene av kameralismen. Veit Ludwig von Seckendorff var en av kameralismens tidlige talsmenn. I følge ham måtte det å styre innebære å iverksette tiltak som sikret landets og menneskenes velferd. Siden velstanden manifesterte seg i befolkningens vekst, måtte man gripe til midler for å sikre menneskenes helse slik at befolkningsantallet økte, og det var politiets oppgave å borge for statens økte makt. I Danmark-Norge var Andreas Schytte, professor ved Sorø akademi 1761-1775, sterkt inspirert av Seckendorff. Han skriver:

Politiet, denne veninde af Orden, er det hele Selskabs Velgører, der udbreder sig over det hele Naturrige. Dets Magt opløfter sig langt over Jordens Overflade, trænger sig dybt ind i dens fæle men rige Afgrunde, opløfter sig over Havet, ja svinger sig langt over Ildens Kræfter og Luftens Virkninger.⁵⁸²

Politiet skulle omgi og utfylle hele statssystemet. Dette gjaldt på stort sett alle områder: oppdragelse i hjemmet, utnyttelse av vitenskapene, materielle ressurser, styring av befolkningens forbruk, spise- og drikkevaner, klesdrakter, styring av forholdet til det motsatte kjønn, og forholdet til lediggang og religionsutøvelse. Det medisinske politi var et spesifikt underbruk under kameralismen. George Rosen definerer det slik:

⁵⁷⁹ Rosen, "Cameralism and the Concept of Medical Police," s. 23. Denne ideologien hadde eksponenter i Frankrike (f.eks. Quesnay: *Tableau Economique* (1758)) og i England (William Perry, som grunnla den politiske aritmetikken).

⁵⁸⁰ I dansk-norsk sammenheng har for eksempel en forsker som Ingrid Markussen fremhevet kameralismen som analytisk begrep fremfor merkantilismen. I sin avhandling om skolepolitikken på 1700-tallet valgte hun å bruke begrepet kameralisme, ikke merkantilisme, for å vektlegge det mer tidsspesifikke ideologiske innhold som ordet kameralisme representerer. Ingrid Markussen, *Til skaberens ære, statens tjeneste og vor egen nytte: pietistiske og kameralistiske idéer bag fremvæksten af en offentlig skole i landdistrikterne i 1700-tallet* (Odense: Odense Universitetsforlag, 1995), s. 56. Ole Feldbæk problematiserer også begrepet merkantilisme, for så vidt som det dekker så vidt forskjellige felt som den næringsorienterte holdning i de vesteuropeiske sjøfartsnasjoner så vel som den sentraleuropeiske kameralistiske tenkning. Begrepet merkantilisme er, i motsetning til kameralisme, ikke et begrep brukt i samtiden og er ikke tidsspesifikt, men en vidtdekkende merkelapp lagt på i ettertid: "Endvidere har der aldrig eksisteret en konsekvent og alment accepteret merkantilistisk teori. Merkantilisme og liberalisme har forlængst vundet hævd som periodiseringsbegreber og struktureringsredskab. Både hvor det gælder længere perioder, og hvor det gælder mer afgrænsede tidsafsnit, kræver en anvendelse af begreberne dog en nøjere tids- og stedsbestemt præcisering af deres indhold" Jfr. Ole Feldbæk, *Tiden 1730-1814, i Gyldendals Danmarks Historie*, (København: Gyldendal, 1982), s. 130.

⁵⁸¹ Moseng, *Ansaret for undersåttenes helse 1603-1850*, s. 148.

⁵⁸² Andreas Schytte, bd 4:2, 1:6. Sitert fra Markussen, *Til skaberens ære*, s. 72.

Medical police is the concept referable to those theories, policies, and practices arising from the political and social basis of the absolute, mercantilist German state during the seventeenth and eighteenth centuries for action in the sphere of health and welfare, so as to secure for the monarch and the state increased power and wealth.⁵⁸³

Selve uttrykket medisinsk politi ble sannsynligvis først fremmet av Wolfgang Thomas Rau.⁵⁸⁴

Det er i fyrstens interesse å ha en sunn befolkning, hevdet Rau, bare slik kan de fylle sine plikter i freds-og krigstid. Den medisinske profesjon er forpliktet ikke bare til å behandle de syke, men også til å overvåke befolkningens helse. Problemet ligger i et tiltagende misbruk av inkompetente og uutdannede medisinske praktikere. Derfor var det viktig å utvikle et medisinsk politi som kunne regulere medisinerutdanningen, overvåke apotek og hospitaler, forebygge epidemier, bekjempe kvakksalveriet, og legge til rette for folkeopplysning.

Johannes Heinrich Gottlob von Justi, en av kameralismens fremste talsmenn, anbefalte ekteskapsforbud for mennesker som ikke var forplantningsdyktige eller som hadde arvelige sykdommer, og strenge tiltak mot syndig omgang fordi det senker fruktbarheten og svekker ekteskapsinstitusjonen. I sin bok *Staatswirthschaft* diskuterte han helseproblemet i relasjon til det militære. En vis monark vil forberede seg på krig ved å minske sykdom blant undersåttene og hindre utbrudd av smittsomme sykdommer. Derfor måtte medisinen, så vel som farmasien, jordmorvesenet og kirurgien oppmuntres og fremmes av regjeringen, og utøvelsen av disse virksomhetene måtte reguleres av autoritetene for å hindre kvakksalveri.

Var så Danmark-Norge preget av en slik tenkning? Fra ca. 1760 ble det undervist i statskunnskap, herunder kameral vitenskaper, av Andreas Schytte, ved Sorø Akademi, og det ble opprettet en egen lærestol i faget i Kiel. Den kameralistisk influerte oppprioritering av landbruket – og dermed av bondestanden som økonomisk og menneskelig ressurs for staten var også tydelig for Norges vedkommende i annen halvdel av århundret. Det Kongelige Norske Videnskabers Selskab gikk over til å i all hovedsak fokusere på landbruksforbedrende tiltak fra 1770-årene av.⁵⁸⁵ I Bergen ble Det Nyttige Selskab etablert i 1774, og det var eksplisitt innrettet mot å bedre tilstanden i jordbruket. De fokuserte på befolkningsfremmende tiltak også mer generelt, og utgav flere medisinske skrifter.⁵⁸⁶ I 1777 planla de å utstyre alle prostier i Bergen stift med landapotek, men det ble med utsendelsen av to, blant dem et til

⁵⁸³ Rosen, "Cameralism and the Concept of Medical Police."

⁵⁸⁴ Ibid.

⁵⁸⁵ Monica Aase, "Vitenskap og Nasjonsbygging. Det Kongelige Norske Videnskabers Selskab i Trondheim på 1700-tallet," *Til opplysning*, no. 13 (2003).

⁵⁸⁶ Se Moseng, *Ansvaret for undersåttenes helse 1603-1850*, s. 119. Bl.a. utgav de Hans Strøm, *Kort Underviisning om de paa Landet, i Bergens Stift, meest grasserende Sygdomme, og derimod tienende Hjelpe-Midler* (Bergen: 1778).

sogneprest Hans Strøm i Volda.⁵⁸⁷ Den tekst som i en dansk-norsk kontekst tydeligst bærer preg av en kameralistisk preget ideologi er Rasmus Frankenaus verk *Det offentlige Sundhedspolitie under en oplyst Regiering*.⁵⁸⁸ Verket var utformet som et program for en offentlig sunnhetsspolitikk som skulle sikre innbyggernes sunnhet i alle ledd, inkludert ”de offentlige Forlystelser”. Teksten ble utgangspunkt for en sunnhetskommisjon satt ned allerede året etter at boken ble gitt ut, som utformet et utkast til et detaljert lovutkast, som imidlertid aldri ble gjennomført.⁵⁸⁹ Den har også et eget avsnitt om radesyken.

I samtiden var det også en ambisjon om å styrke det administrative apparat vedrørende medisinalforholdene. Collegium Medicum, statens øverste råd i medisinalsaker, som senere kom til å spille en viktig rolle i forbindelse med radesyken, ble opprettet i 1740. De startet ganske tidlig arbeidet med forslag til ny medisinalforordning, som riktignok ikke ble ferdigstilt før tvillingsstaten opphørte. Kvakksalveriet ble i stigende grad oppfattet som et problem og etter gjentatte oppfordringer om en statlig regulering kom kvakksalverforordningen av 1794. Margunn Skjei Knudsen konkluderer i sin avhandling med at koblingen mellom stat og leger ikke er så fremtredende i Danmark-Norge som i andre land.⁵⁹⁰ Den er nok ikke like tydelig som i Sverige, og kanskje ikke tilstede overhodet i forbindelse med spedbarnsomsorgen. Når det gjelder radesyken blir det imidlertid, som jeg senere skal vise, tydelig at staten tar grep, kanskje for første gang på en systematisk måte. For å få bukt med problemet blir resolusjoner utformet og tiltak iverksatt, i stor grad tilpasset de lokale omstendigheter.

⁵⁸⁷ Jfr. Moseng, *Ansaret for undersåttenes helse 1603-1850*, s. 121. Hans Strøm var en av de mest toneangivende prestene i opplysningstiden og utgav en rekke skrifter. Hans arbeid om Sunnmøre fra 1762 dannet forbilde for det som etter hvert ble en stor og viktig sjanger i annen halvdel av 1700-tallets: den topografiske litteratur. Han interesserte seg også for medisinske spørsmål, og utgav i tillegg til verket i ovennevnte note også en egen liten opplysningsbok om spedalskheden. Strøm, *Anmærkninger til Oplysning om den ved Søekysterne i Norge gængse Spedalskhed*.

⁵⁸⁸ Frankenaу, *Det offentlige Sundhedspolitie*.

⁵⁸⁹ Moseng, *Ansaret for undersåttenes helse 1603-1850*.

⁵⁹⁰ Knudtsen, "Fra frelse til helse", s. 280.

2. Radesyken formuleres som problem for styresmaktene

Da en Sygdom, som gjør saa mange udelige, ja skadelige Undersåtter, ikke gesvindt nok kan blive udryddet, maa enhver Sparsommelighed som altemer opholder den almindelige Cuur, ansees for høyst skadelig.⁵⁹¹

Fattigdomsproblemet og befolkningsspørsmålet utgjør den umiddelbare konteksten for at radesyken tar form som et problem for staten. De første advarslene som skal presenteres nedenfor konseptualiserer på den ene siden radesyken nettopp som et problem for de fattige, og på den annen side som en utfordring for statens mål om en stor og sterk befolkning, endog som en trussel mot hæren. På slutten av 1760-tallet og ved begynnelsen av neste tiår blir radesyken formulert tydelig som et problem som krever statlig intervensjon. På denne tiden kom det en rekke alarmerende rapporter til statsadministrasjonen i København fra embetsverket i Kristiansand stift, og sykdommen ble i stigende grad tema for den offentlige korrespondanse. I 1769 skrev Adam Cron, den gang vikarierende provincialmedicus i stiftet, om ”den store Elendighed Stiftet er geraadet udi” ved ”den smitsomme og over all maade overhaandetagende saa kaldede Radesygdum”. Litt senere samme år ble Crons versjon bekreftet av stiftsamtmannen i Kristiansand, Hans Hagerup, som skrev at det

her nu paa nogle aar har begyndt at grassere en landfordærlig, saltflodagtig og anstikkende Sygdom blant Allmuerne her i Stiftet, som man her til lands har givet Nafn af Radesyge, og som bortrykker mange Mennesker i deres beste Aar, saa det var ynkværdigt paa en del Sessioner i sidstafvigte Sommer, hvilke jeg selv bieveaanede, at see de friskeste og skønneste unge Karle at blive for samme Sygdoms skyld af dere Kongelige Majestets Tieneste dimitterede og til Hospitals Lemmer reducerede – den æder alt meere og meere om sig, saa at hvis derpaa ikke strax raades bod, hvorom Collegium Medicum ligeledes vel og fik at give deres Betænkning, saa ødelegges meere end den halve deel af Indbyggerne.⁵⁹²

Metaforen ”æder om sig” gir et enda mer dramatisk bilde av situasjonen enn i Crons brev. Sykdommen portretteres som et subjekt som går frem som et rovdyr og truer med å ødelegge samfunnet, og radesyken etableres retorisk som en alvorlig trussel. I likhet med hos Cron fremstilles sykdommen som smittsom, eller grasserende, men hos Hagerup fremkommer flere nye momenter. Hos Hagerup er radesyken ikke bare smittsom og ”overhaandetagende”, den er i tillegg ødeleggende. Først og fremst blir den imidlertid presentert som en alvorlig utfordring for statens befolkning. Radesykens ofre blir fremstilt som befolkningens

⁵⁹¹ Brev fra Collegium Medicum til amtmann Scheel i Stavanger, 29.9.1774: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁵⁹² Stiftamtman Hagerup i Pro Memoria av 1.12.69: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165. Om saltflod står det i Mangors Land-Apothek: ”et Ord, som bruges om alle haardnakkede Saar, der flyde meget, ligesom og om vædskende Ringorme; men ofte bruges det og om veneriske Saar, for at skjule deres sande Beskaffenhed” Jfr. Mangor og Tode, *C.E. Mangors Land-Apothek*, s. 488.

grunnstamme, idet sykdommen rammer unge og arbeidsføre mennesker i sine beste år. Spesielt fremhever Hagerup sine erfaringer fra de militære sesjoner: Radesyken er spesielt truende for hæren, utgangspunktet for den sterke stat. Friske og unge menn, som skulle ha kjempet for tvillingriket i en eventuell krig, blir redusert til hospitalslemmer.⁵⁹³ Hagerup konkretiserer i brevet Crons beskrivelse idet han gir et estimat på hva som vil komme til å skje dersom radesyken fikk herje fritt. Hvis ikke noe straks blir gjort, kan man risikere intet mindre enn en ødeleggelse av halve befolkningen. Men dette er altså bare hvis intet gjøres. Hagerups premiss er at statsmakten har et handlingsrom – dersom man iverksetter tiltak kan en slik ødeleggelse unngås. I disse passasjene er det lett å kjenne igjen de befolkningspolitiske argumenter jeg beskrev i forrige avsnitt. Sykdommen blir formulert som en trussel mot en befolkning som utgjorde grunnstammen i det militære og i det sivile liv i Norge.

Noen måneder senere skrev Cron i et nytt brev:

Denne sig over dette ganske Stift udbredede meget Smitsomme og farlige Sygdom, som er en morbus venereoscorbuticus under navn Rade-Syge, har en Tiid efter anden fæstet saa dybe Rødder og allevegne her i Stiftet taget saa meget Overhaand, at hvis ej endnu i Tid bliver foretaget alvorlige Foranstaltninger til videre at forekomme og udrydde samme, der maa befrygtes en landfordervelig Ødeleggelse paa Folket af den ringere Stand.⁵⁹⁴

Retorisk fremstår en sykdom som har en egenaktivitet: den har festet ”dybe Rødder” og ”taget saa meget Overhaand”. Metaforen henspiller i denne omgang på en plantes vekst, og ikke på et rovdyr. Det gir en noe forskjellig valør til utsagnet: mens Hagerup portretterer sykdommen som vill og uhemmet fremstår den hos Cron snarere som en trussel som kan sette seg fast, bli værende. Sykdommen er altså utbredt over hele stiftet, og Cron er på linje med Hagerup om å varsle alvorlige følger dersom det ikke iverksettes tiltak straks. Han fokuserer derimot ikke på soldatene, for ham er det generelt ”folket av den ringere stand” som er i fare. Kaptein Tobiesen i det 2. regiment beskrev også situasjonen som dramatisk:

Det er beklageligt, at uagtet de Anstalter, som Tid efter anden, af den høye Øvrighed ere iværksatte, for at afhjælpe den saa kaldede Radesyge, der er en saa stor Lande-Plage, blandt bonde Standen i Norge, denne Sygdom dog tager meere og meree overhaand, saa at der nu findes gandske Kirke Sogner, hvor neppe een Gaard er sikker, at jo en og anden dermed er befængt.⁵⁹⁵

Vi har sett at Cron hevdet at sykdommen var utbredt over hele stiftet, og at Hagerup mente at over halvparten av befolkningen kom til å ødelegges dersom man ikke straks

⁵⁹³ Danmark-Norge hadde en av de største vervede hærer i Europa, og flest ble utskrevet fra Norge. De norske bøndene hadde også et godt ord på seg som soldater, under mobiliseringen mot Russland i 1762 ble nordmennene satt ytterst for å hindre desertører i å forlate besetningen.

⁵⁹⁴ Brev fra Cron februar 1770: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁵⁹⁵ Kaptein Tobiesen i brev av 23.3.75: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk. 165.

iverksatte tiltak for å bekjempe sykdommen. Tobiesen poengterte hvordan det fantes områder der hele sognet var angrepet, og knapt én gård spart. I et brev til stattholder Benzon forsøkte Hagerup å tallfeste ødeleggelsen.⁵⁹⁶ Han refererte til usikre kilder som hadde anslått antall syke til 3000, mens det angivelig bare skulle være 100-300 soldater i det 2. Westerlehnske regiment som var helt fri for sykdommen (regimentet bestod på den tid av ca. 1300 personer).

I september 1771 får Hagerup og Cron svar fra København. Her het det at sykdommen

er saa farlig, almindelig, smittsom, og ødeleggende paa det heele Folke-Færd, og in Specil paa Land-Militien, at der ikke kan tages hastige, virksomme, og alvorlige Foranstaltninger nok til at standse og udrydde denne ælendinge Lande-Plage, førend den faaer grebet saa vidt om sig, at Vidtløftigheden giør enten Hielpen ugiørlig, eller i det mindste heel vanskelig og ufuldkommen.⁵⁹⁷

Tilstandsbeskrivelsen er en gjengivelse av de lokale embetsmenns alarmerende rapporter. Her fremstår den som alminnelig, allestedsnærværende, smittsom og ødeleggende for de som blir rammet av den. Collegium Medicum understøtter Crons og Hagerups oppfordringer om at foranstaltninger må iverksettes umiddelbart. Ikke bare for å avhjelpe den akutte situasjonen, men også for å unngå at sykdommen sprer seg så vidt at den blir vanskelig å bekjempe.

Radesyken blir altså allerede her etablert som et problem som ikke bare er alvorlig og truende for befolkningen som helhet, den blir også krystallisert som et objekt som er tilgjengelig for politisk intervensjon. Vi har også fått presentert de viktigste aktørene i saksgangen videre: lokale norske embetsmenn som henvender seg til myndighetene i København og får svar – det er i all hovedsak mellom disse styringsnivåer den følgende diskusjonen utspiller seg.

2.1. Innledende forhandlinger: landapotek, sykestuer eller kartlegging

Det var altså etablert en sykdom i offentligheten som ble ansett å være ikke bare farlig for de individer den rammet, men som først og fremst truet hele befolkningen med ødeleggelse, ikke bare i Kristiansand stift, men i hele Norge. Denne type retorikk etterlot ingen tvil om at noe måtte gjøres, men hva? Diskusjonen som fulgte ble lang.

Til nogenlunde at raade Bod paa dette store Onde, der [...] i mangel af Anstalt ey andet kand end ødelegge en stor deel Indbyggere, har jeg tænkt, at naar den Anstalt, der er føyet i vores Naboe-Rige ved de anordnede

⁵⁹⁶ Hagerup i brev til stattholderen av 24.5.1771: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk. 165. I desember 1774 har det anslåtte antall syke sunket til 2000. Brev av 12.12.1774: samme sted.

⁵⁹⁷ Brev fra Collegium Medicum til Hans Hagerup av 17.9.1771: samme sted.

Landapotheker kunde blive introducerede i Norge vilde samme upaatvivlelig blive til nogen, jeg tør sige stor Nytte.⁵⁹⁸

Slik innledet Hans Garman, fogd av Ryfylke og senere kammerråd i det Norske Kammer, sitt forslag om tiltak til radesykens bekjempelse. Garman foreslo å opprette landapotek over hele landsdelen etter mønster av et tilsvarende tiltak i Sverige, der små medisinskrin med nøyaktige instruksjoner for bruk var blitt gitt til utdeling på landsbygda, de såkalte sockenapotek.⁵⁹⁹ I følge Garman ville dette bøte noe på det han oppfattet som et helt utilstrekkelig helsetilbud i befolkningen: ”saa stort og folkerigt Riiget er i seg selv, saa fattig er det tillige paa sunde Hielpemidler i allehaande paakommende Svagheds og undertiden Landet omfavnede Sygdoms Tilfælde”. Kjøpstedene var stort sett så heldige å ha en kirurg tilstede, men det var ikke alltid det hjalp: ”det gaar ofte saaledes til samme viss Læge eengang sagde: Patienten skal nok blive god, dersom Machinen kun vil holde”. På landsbygda manglet de fullstendig medisinsk hjelp. Bondestanden var her i den situasjon at Garman mente den beste måten å avhjelpe en sykdom som radesyken på var å plassere medisiner i et lokalt apotek hos myndighetenes representanter på landsbygda, helst hos prestene. De kunne utstyres med utførlige skriv om hvordan de skulle forholde seg ved sykdomstilfeller og dele ut medisiner til behandling. Det ville også være nyttig om klokkerne kunne lære seg å årelate, og om visse utvalgte bondesønner kunne lære seg noen kirurgiske håndgrep, slik at de kunne ta seg av enkle medisinske problemer dersom det ikke var medisinsk personell tilstede. Nytteverdien ble beregnet i klassiske kameralistiske termer: ”Sognernes bekostning til saadanne fornøden Land-Apotheques indretning, er og blive ubetydelig i Regard af det store at conservere Mennisker, der ofte enten som Colonisten eller i andet Tilfælde kjøbes ved langt større Udgifter.” Igjen ser vi altså en klassisk populistisk argumentasjonsmåte.

Tanken om landapotek var kjent også i en norsk kontekst i samtiden. Sogneprest Wilse foreslo i sitt topografiske verk om Spydeberg, at presten skulle betros et landapotek.⁶⁰⁰ Wilse mente i likhet med Garman at enhver klokke burde lære seg å årelate, forbinde sår, sette klyster, vite kjennetegnene på sykdom og de beste husråd mot dem. Dette så lenge målet om en lege i hver by og hvert fogderi, bosatt slik at han var tilgjengelig i løpet av 24 timer hvor

⁵⁹⁸ Pro Memoria fra Hans Garman 18.8.1769: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁵⁹⁹ Omtrent på samme tid utkom C. E. Mangors *Land-Apothek*, som hadde et direkte forelegg i en anvisning for slike socken-apotek i Sverige. Boken utkom i samarbeid med det svenske Collegium Medicum. Darelus, *Socken-Apothek och någre Hus-Curer*.

⁶⁰⁰ Wilse, *Physisk, oekonomisk og statistisk Beskrivelse over Spydeberg Præstegield*, her sitert etter faksimileutgaven i 1920, s. 388 (§ 45: Om Vor Medicinske Forfatning). Han mente man kunne bruke innfødsretten for de av landets studerende ungdom som hadde lyst til ”lægekunsten og chirurgien”.

det skulle være, fremdeles lå langt frem i tid. Fremdeles måtte man nøye seg med ”10 end siige een ordentlig Læge for 300 Præstegield og nogle Kiøpsteder”.

Garmans forslag ble fra det Norske Kammer sendt til det Danske Kanselli og derfra på høring (via Collegium Medicum) til stiftsamtmannen og legene Fredrich von See, Adam Cron og Christian Elovius Mangor. Forslaget vakte ikke allmenn begeistring. Som stiftsamtmannen sa, det var ikke ”saa let Sag at danne Medicinske Præster og Chirurgiske Degne [Klokkere]”. Vel skulle man egentlig forvente, skrev han,

at ethvert formastelig Menneske som har distingueret sig fra Almuen og lært noget, har anvendt en liden Tid paa det theologiske, medicinske, juridiske og oeconomiske Studium tillige, det første til deres Siæls, det andet til deres Legemes og de tvende sidste til deres Velfærds Conservation.⁶⁰¹

men dette var ikke slik i praksis; verken prestene eller klokkene hadde den nødvendige kompetanse. Stiftsamtmannen ville derfor ikke tilråde forslaget om landapotek, men understreket at han anså radesyken som et problem som forlangte snarlig løsning.

Doktor Cron skrev i sin uttalelse at han aldeles ikke fant Garmans forslag anvendelig.⁶⁰² Han understreket at det var et medisinsk argument han fremførte. Fordi sykdommen var svært smittsom og farlig, ”bestaaende i Skiørbug med Svulster paa Legemet, der ikke kand hielpes uden ved Salivation”, krevdes det leger til sykdommens behandling. I Crons samtid var kvikksølv i ferd med å bli et omstridt medikament, og motstanderne hevdet at det kunne forårsake store skader.⁶⁰³ Crons argument var derfor at siden kvikksølvkuren måtte overvåkes omhyggelig av legekyndige for å unngå bivirkninger, egnet den seg ikke for behandling blant legfolk. Deres ”brug og Forhold [kan] ikke bestemmes og iagttages uden af Kyndige”. Ikke bare ble det antatt at de nevnte personene (prester, klokkere) ikke var kompetente nok, det var også en annen fare som truet: At dette skulle utnyttes og misbrukes av kvakksalvere, som ifølge Cron allerede utgjorde et tilstrekkelig stort problem i Norge, der det var så få leger. Provincialfysikus i Kristiansand stift, Fredrik von See, argumenterte tilsvarende: ”ved en projecteur som giøres om at curere Almuens Sygdom, maa man ligesavel see derhen at ald Empiricismus maa forebygges som at Sygdommen kand afhielpes”.⁶⁰⁴ Å forebygge kvakksalveriet ble altså fremsatt som en like presserende oppgave som å helbrede sykdommen, og von Sees uttalelse består hovedsakelig i klager over de mange omløpende kvakksalvere i distriktet, som brukte kvikksølvkurer i utstrakt grad. Slik innskrives

⁶⁰¹ Stiftsamtmann Hagerup i brev til Collegium Medicum av 15.12.1769: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁶⁰² Adam Cron til stiftsamtmann Hagerup 17.9.1770: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁶⁰³ Se f.eks. Bynum, "Treating the Wages of Sin: Venereal Disease and Specialism in Eighteenth-century Britain."

⁶⁰⁴ Brev fra Fredrich von See til Collegium Medicum, 7.11.1769: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

radesykeproblematikken også i den økende mostanden mot kvakksalveriet. Det er betegnende for radesykeproblemet som sådan, hvordan det i yttergrensene av radesykesaken formuleres sentrale spørsmål som strengt tatt ikke angår radesyken selv, men hvor radesyken blir et slags omdreiningspunkt for formuleringen av dem. Kvakksalveriet ble i denne perioden betraktet med økende misnøye, en misnøye som kulminerte med forordningen om kvakksalveriet mot slutten av århundret.

Forslaget om landapotek ble altså avvist i all hovedsak grunnet den stigende frykten for det utbredte kvakksalveriet. I september 1770 skrev Collegium Medicum til det Danske Kanselli og konkluderte med at Garmans forslag om landapotek ikke var tilrådelig. I stedet for landapotek foreslo de opprettelsen av sykestuer i nødvendig antall; hvor mange og hvor store skulle bestemmes av den lokale myndighet i samarbeid med Cron. I samme brev ble det også diskutert hvorvidt omreisende leger ville være en løsning, men siden de antok at reisene ville være tidkrevende og besværlige endte proposisjonen med kun å anbefale etablering av sykestuer.⁶⁰⁵ Det forble uklart hva slags status disse sykestuene skulle ha: Var de tenkt som steder for pleie, for avsondring, eller for behandling? Skulle de være ambulente eller stedfaste? Skulle legen bo der?

I en betenkning fra mai 1771 skrev cand. med. Willumsen at han mente at to sykestuer var nok, en i Stavanger og en i Kristiansand.⁶⁰⁶ Han foreslo å finansiere dem ved å legge avgifter på innkommende varer til landet, som jern, salt og kull. Inneliggende pasienter kunne bidra til institusjonens inntekter ved å ta seg arbeide i byen, dersom de ikke var for svake. Her er det tydelig at elementer fra den tradisjonelle fattigforsorg og hospitalsdrift er modell for Willumsens forslag. I fattighusene og hospitalene hadde det vært vanlig at pasientene arbeidet. Som jeg senere skal vise, var de institusjonene som ble etablert i forbindelse med radesyken av en helt annen karakter, og var primært tenkt som midlertidige helbredelsesanstalter. Derfor blir denne type tiltak mindre relevante, og Willumsens forslag ble da også forkastet. Det ble også i denne omgang forslaget om sykestuer, og det skulle ta ytterligere to år før den første institusjonen for radesyke ble etablert.

I mellomtiden hadde nok et forslag blitt lansert. Det var Hagerup, stiftsamtmannen i Kristiansand, som mente at før man kunne vite hva man skulle gjøre med denne sykdommen måtte dens omfang og utbredelse først kartlegges. Hvem var de syke, hvor befant de seg og hvor mange var de? 24. mai 1771 skrev han til stattholder Benzon etter å ha innhentet

⁶⁰⁵ Brev fra Collegium Medicum av 17.9.1770: samme sted.

⁶⁰⁶ Brev fra cand.med. Willumsen til Collegium Medicum av 2.5.1771: samme sted.

forskjellige uttalelser.⁶⁰⁷ Brevet var først og fremst en klage over hvor uhåndterlig radesyken var som objekt for sykdomsbekjempelse. Det hersket uenighet vedrørende sykdommens natur, de sykes antall, og hvordan sykdommen skulle behandles. Noen mente sykdommen var venerisk, andre at den var en slags skjorbuk, andre igjen at den høyeste grad av sykdommen var spedalskhet. Noen mente behandlingen måtte bestå av milde og blodrensende medikamenter kombinert med dietetiske foranstaltninger, andre at det behøvdes sterke ”merkurialske saliverende Ting”. Det er lett å kjenne igjen elementer fra den teoretiske radesykediskursen her. Mens leger som Cron, som vi skal se, oppfattet radesyken som en sykdomsslekt som kunne innebefatte både venerisk sykdom og skjorbuk, var ikke dette umiddelbart innlysende for en mann i forvaltningen. Nosologien var heller ikke like lett appliserbar på en epidemisk trussel, som uomgjengelig rammet flere på samme tid, som det var på en sykdom som oppfattes som kronisk og endemisk. At problemet ble formulert som en trussel for hele befolkningen, gjorde også at de individualiserende betraktninger, hvis sentrale stilling i 1700-tallets medisin jeg drøftet i forbindelse med den teoretiske radesykediskursen, ble mindre anvendelige. For Hagerup, som ikke var lege, og antagelig ikke kjente så godt til de medisinske klassifikasjonsregimene, ble en slik diskusjon om skjorbuk, spedalskhet og venerisk sykdom bare forvirrende. Like vanskelig var det for en som satt med politisk ansvar å forholde seg til en individualisert form for behandling. Hagerup ønsket generelle retningslinjer; han ville kunne si til legene som skulle behandle pasientene som led av radesyke hva de skulle bruke av medisiner og hvor lenge. For Cron utgjøres altså sykdommens enhet nettopp av at den er en blanding av skjorbuk og venerisk sykdom, mens for Hagerup er dette tegn på dissens.

Like stor uenighet var det når det gjaldt hvilke tiltak som skulle iverksettes mot radesyken. Noen ville sende omreisende leger i hvert kirkesogn, andre ville ha sykehus, men man kunne ikke bli enige om antall og lokalisasjon. Hagerup konkluderte med at ”da maa jeg ret ut tilstaae, at dette overgaaer min Indsigt og Overlæg til noget vist og sikkert derom for nærværende Tid at kunde melde”. Det vanskeligste, mente han, var imidlertid den manglende oversikt man hadde over problemets omfang. Visste man verken hvem som var syke, hvor de bodde, eller hvor mange de var, kunne man ikke vite hvor eller på hvilken måte tiltakene skulle settes inn. Løsningen lå altså i å telle, å finne ut hvor *mange* det var som var syke, hvor alvorlig de var angrepet og hvor de befant seg. Han foreslo derfor at fire leger skulle reise rundt i stiftet og undersøke folk under gudstjenestene, etter at prestene på forhånd hadde

⁶⁰⁷ Brev fra stiftsamtmann Hagerup til stattholderen av 24.5.1771: samme sted.

angitt de sykes navn. Ved hjelp av prestenes opplysninger om medlemmene i sine menigheter kunne legene opprette et sykdomsregister, der de sykes kjønn, alder, bosted og sykdommens grad skulle registreres. Og siden Hagerup mente det var en kjent sak, at de fleste ”gemene Folk af Skam og Undseelse dølger denne Sygdom saa lenge de kand og indtil dend virkelig bryder ud, at de dend ikke længer kand dølge”, måtte det fastsettes straff for dem som unnlot å møte til visitasjonene, og for den husbond som unnlot å melde om ”den ringeste Formodning til saadan Sygdom” i sin husstand.

Stiftsamtmannens forslag hører til i tiden. Politisk og medisinsk aritmetikk hadde begynt å få økende anseelse internasjonalt,⁶⁰⁸ og Sverige hadde allerede etablert sitt dødsårsaksregister. Det å telle, sa Samuel Johnson i 1783 til James Boswell, ”brings everything to a certainty, which before floated in the mind indefinitely”.⁶⁰⁹ Samtidig var det ikke innlysende at medisinsk aritmetikk hadde noe for seg, det tok lang tid og mye arbeid før det ble institusjonalisert. Begrepet statistikk kom ikke i vanlig bruk før på begynnelsen av 1800-tallet, og medisinsk aritmetikk ble ikke del av medisinsk praksis i Norge før på 1830-tallet.⁶¹⁰ Hagerups forslag møtte derfor betydelig motstand. Adam Cron skrev eksempelvis et brev til det Danske Kanselli der han avviste denne tilnærmingen.⁶¹¹ Han etterlyste umiddelbare tiltak, fordi ”foruden min embeds Pligt, den høye Nød og Elendighed, hvorudi Stiftet alt dybere og dybere formedelst denne daglig overhaandtagende smittsomme Sygdom kommer, befaler mig samme”. ”Thi at denne Sygdom er foruden høgst farlig, ogsaa smittsom, bør paa ingen maade at kunde tviles,” fortsatte han, og viste til at Mangor, von See og han selv hadde skrevet rapporter om sykdommens art og beskaffenhet. Han så derfor overhodet ingen mening i ytterligere å utrede sykdommens utbredelse, og minnet Collegiet på at de selv hadde bestemt, på grunnlag av disse rapportene, at sykdommen var en komplikasjon av venerisk sykdom og skjørbug.

Fremdeles da nu sygdommen efter alle gjorde Undersøgelser og nøyagtige Overvejelser er, og ikke kand være andet end, en Complication af Lue Venerea og Skiørbug, hvortil behøves mercurialske Midler, der udfordrer saa meget Indsigt, Varsomhed og Forhold, at de ingenlunde uden til stor skade kan anvendes paa Patienterne i sit Hiem, hvor Diæt og Forhold paa ingenlunde maade maae formodes at kunde iagttages, og ej heller med god Samvittighed fraværende betroes de her i stiftet værende Amanuenses i Medicinen, saavel som Chirurgen.

⁶⁰⁸ Andrea Alice Rusnock, *Vital Accounts: Quantifying Health and Population in Eighteenth-Century England and France* (Cambridge (U.K.); New York: Cambridge University Press, 2002).

⁶⁰⁹ James Boswell og Edmond Malone, *The Life of Samuel Johnson* (New York: Modern Library, 1931), s. 1042. Sitert fra J.W. Estes, ”Quantitative observations of fever and its treatment before the advent of short clinical thermometers,” *Medical History* 35, no. 2 (1991): 189-216, s. 191.

⁶¹⁰ Med etableringen av lepraregisteret i 1856 var medisinsk aritmetikk definitivt blitt en del av medisinen selvforståelse i Norge. Jfr. Tom Myrvoll et al., *Leptra* (Førde: Selja 2006).

⁶¹¹ Cron til det Danske Kanselli 8.6.1771: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

Cron oppfattet radesyken som et definert objekt, klart for intervensjon. Han betraktet det derfor som bortkastet tid å sende legekyndige personer fra sted til sted for å skaffe informasjon om sykdommen. Det ville dessuten være en svært tidkrevende affære i et område med så stor utstrekning og så vanskelige transportforhold. Cron mente derfor at tiltak burde iverksettes straks, men på en systematisk måte. Man kunne begynne i en kant av stiftet, og få prestene på hvert sted til å bidra med lister over syke. Videre måtte det sørges for at de uhelbredelig syke ikke smittet andre, og de som var synlig syke måtte innlegges i et sykehus for dette formål. De som bare hadde sykdommen ”i kim” kunne behandles hjemme, ”for ikke formeget at blotte Landvæsenet for Folk”.

Fremgikk man på denne systematiske måten, kunne man behandle sognene hver for seg, og da ville man unngå at folk smittet hverandre, særlig hvis man samtidig sørget for å kreve helseattest både ved flytting og ved ektesapsinngåelse. På den måten kunne man også ”betage Almuen den indgroede lyst i at fordølge Sygdommen”. Cron ba i samme brev om at han selv måtte tillegges overoppsynet med dette arbeidet, men dette er det siste brevet som foreligger om radesyken fra hans hånd. En drøy måned senere tiltrådte han som bergmedikus i Kongsberg, og forsvant ut av Kristiansand stift.

2.2. Resolusjonene: ambulatoriske kirurger eller sykehus?

Etter slik å ha forkastet forslag om landapotek, om sykestuer på landsbygda, og om en initiell kartlegging av radesykens omfang etter de innkomne betenkninger, kom det en ny redegjørelse fra Collegium Medicum. Sykdommen var, hevdet de igjen, så farlig at noe måtte gjøres straks, derom hersket det ingen tvil. Men hva? Erklæringen fremhevet sykehus som de beste mulige tiltak. Med referanse til Hagerups innvending om at det ville bli for kostbart, skrev de at ”det Onde er saa stort, at denne Consideration maa af Nøden bortfalde”.⁶¹² De hadde, i likhet med Cron, ingen sans for registreringsforslaget til Hagerup, for hva skulle man gjøre når de bedrøvelige listene forelå? Da lå jo hele oppgaven atter åpen. Til å bestyre sykehusene foreslo de regimentskirurgene, men siden de to regimentskirurgene i stiftet angivelig var udugelige, måtte de enten forflyttes eller permitteres, slik at pålitelige personer kunne skaffes i disse stillingene. Denne kirurgen, ble det videre presisert, skulle stå rett under Collegium Medicum, og ikke under von See, inntil det engang i hans sted kunne komme en ”erfaren og habil” mann.⁶¹³

⁶¹² Pro Memoria fra Collegium Medicum 17.9.1771: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁶¹³ Stiftsfysikus von See hadde ikke mye tillit hos lokale embedsmenn på denne tiden. Cron omtalte ham som udugelig, og Hagerup skrev i brev av 15. 12.1769 om en av stiftsfysikus’ betenkninger at ”det betydeligste man deraf erfarer, er dette, at man ved hans Nafnes Underskrivelse kan kiendelig see hvem, hva og hvorledes han er,

Det Norske Kammer sluttet seg til Collegium Medicums anbefalinger, og foreslo at et sykehus skulle anlegges der det trengs mest, at Collegium Medicum skulle foreslå en "habil" person til å lede innretningen, og at den kongelige kasse kunne gi forskudd til omkostningene, som skulle fordeles på hvert enkelt amt.⁶¹⁴ Saken gikk så til uttalelse til Finanskollegiet, som ikke aksepterte forslaget om opprettelsen av sykehus, da det ville bli for kostbart.⁶¹⁵ De gav Collegium Medicum i oppgave å foreslå to dyktige "candidatos Medicinæ", som skulle "forstaae Manualen i kirurgien", og som måtte være sterke og opplagt til reiser. De to medisinske kandidater skulle reise rundt i stiftet og behandle pasientene i sine egne hjem. De aller svakeste, som ikke kunne behandles hjemme, skulle innlegges i et dertil leid hus i Stavanger. Huset skulle bestyres av regimentskirurgen.

I det Norske Kammer ble det så i resolusjons form bestemt at tre kirurger som Collegium Medicum hadde foreslått, skulle sendes til Kristiansand stift.⁶¹⁶ Fordi disse tre kom til å bli viktige for radesykesaken de nærmeste årene, skal de gis en liten presentasjon her: "Hovedkirurg" skulle være Henrik Steffens (1744-1798), som skulle ha 400 riksdaler i årlig lønn mot å behandle de fattige gratis. Henrik Steffens var fra Holstein, og hadde kirurgisk eksamen fra 1770 og medisinsk eksamen fra 1772. Han hadde dessuten erfaring med behandling av "den veneriske smitte" fra 1768, da han hadde vært på Odsherred Gods i anledning en "grasserende venerisk Sygdom". Fra 1773 til 1777 var han lege ved radesykehuset i Stavanger, og hans mer berømte sønn, romantikeren Henrik Steffens, ble født der.⁶¹⁷ I 1778 tok han jobb som regimentsfeltskjær og slo seg ned i Helsingør.⁶¹⁸ Hans medreisende, Henrik Deegen (ca. 1740-1792), skulle ha 300 riksdaler i årlig lønn. Han er tidligere introdusert, da han var en av forfatterne til den ene radesyketeksten omtalt i forrige kapittel, *Noget om Radesygen, observeret ved Sygehuuset i Flecheffjord og udgivet til Nytte for Almuen*. Han var opprinnelig fra Oldenburg og tok kirurgisk tentamen i 1768 og medisinsk eksamen fra 1776. Da var han blitt ansatt ved radesykehuset i Flekkefjord, der han ble til han døde i 1792. Johannes Christian Tychsen (død 1791) var med som assistent og skulle ha 100

Resten er ikke meget efterrettelig". 13.12.1771 skrev han i et annet brev at "det er kun slet bestilt med den hele Medicin i Christiansand – Provincial Cancellie Raad von See, Apoteker Schultz og Chirurgus Beyer ere alle 3 nogle skrøbelige, uefterrettelige og drifkældige Personer" og radesykeproblemet av den grunn tiltar "da nu Folk baade i Byen og Provincien ikke kand have Fortrolighed til nogle af disse herrer i henseende til Curen eller Medicamenter": Begge brev: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165

⁶¹⁴ Det Norske Kammer 3.12.1771: samme sted.

⁶¹⁵ Finanskollegiet 16.12.1771: samme sted.

⁶¹⁶ Kongelig resolusjon av 22.4.1772: samme sted.

⁶¹⁷ Moren var søster til før omtalte Frederik Ludvig Bang, som var lege på Frederiks Hospital og introduserte systematisk klinisk undervisning i København. Henrich Steffens, *Hvad jeg oplevede: nedskrevet efter Hukommelsen* (Kjøbenhavn: Steen, 1840). Han ble født 2.5.1773, altså etter at faren var kommet til Stavanger.

⁶¹⁸ Jfr. Larsen, Larsen og Olsen, *Norges leger*, bind 5, s. 197.

riksdaler i årslønn. Han hadde kirurgisk tentamen fra 1768, og overtok tilsynet ved radesykehuset i Stavanger etter Steffens avreise i 1777.⁶¹⁹

I resolusjonen het det at de to førstnevnte skulle reise fra bygd til bygd, og ved hvert sted behandle 10 til 20 pasienter i ”bequemme” lokaler, som skulle være provisoriske sykestuer. Resolusjonen innebar således en mellomting mellom medisinkollegiets og Finanskollegiets forslag. I samsvar med Finanskollegiets forslag ble det bestemt å innføre ordningen med omreisende leger, samtidig som Collegium Medicums ønske om sykehus ble imøtekommet for så vidt som det ble vedtatt å opprette provisoriske sykehus på hvert enkelt sted. Prestene skulle være behjelpelige med å finne de syke. Hvert kvartal skulle kirurgene gi nærmere rapport til Collegium Medicum. Det ble også bestemt å opprette et lite sykehus i Stavanger for de aller dårligste, med ”cariem Ossa med mer”, og her skulle assistent Tychsen være stasjonert. Detaljerte instruksjer fikk kirurgene i den såkalte interimsinstruksjonen, som definerte radesykens natur som en blanding av skjørbuk og venerisk sykdom, og anga noen hovedregler for behandling.

Allerede året etter, 3. juni 1773, kom det imidlertid en ny resolusjon, hvis tekst jeg skal referere nærmere i omtalen av sykehusenes fremvekst. Her holder det å nevne at teksten foreslo et sykehus opprettet i Stavanger, med plass til 20 til 30 personer, som skulle være en kuranstalt for radesyke. Steffens og Tychsen skulle holde til ved sykehuset, mens den siste kirurgen, Henrik Deegen, skulle reise rundt i Jæren og Dalene fogderi for å oppspore og behandle de som var syke der. Det ble også presisert at ”de syge som befindes ulægelige skal, for at forekomme Smitte, afsondres fra andre Folk”. Av resolusjonen av 22. april året før var det altså ikke mye igjen. Borte var planene om omreisende kirurger i alle distrikter, borte var planene om midlertidige sykehus på landet. Det nye var imidlertid at sykehuset i Stavanger skulle være det sted behandlingen av de syke skulle foregå. Altså ikke et sted for de alvorligst syke, men det sted der de skulle innlegges som man hadde håp om skulle bli friske.

2.3. Medisin og politikk i konflikt

Hva hadde skjedd i mellomtiden? I august 1772, altså noen måneder etter at han hadde undertegnet interimsinstruksjonen, skrev Henrik Deegen et brev til Collegium Medicum.⁶²⁰ Han var bekymret, idet de ikke hadde fått gjennomført noe av det de hadde blitt forordnet. På sin vei fra København til Stavanger, i Sogndal, hadde han møtt på Steffens, som etter samtale med amtmann Hammer i Stavanger hadde funnet ut at han måtte snakke med

⁶¹⁹ Ibid., s. 469.

⁶²⁰ Brev fra Deegen til Collegium Medicum 6.8.1772: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

stiftsamtmannen om hvordan saken skulle gripes an. Amtmann Hammer var nemlig av den bestemte mening at det slett ikke var noen god ide at de skulle reise rundt på landsbygda, og trodde heller ikke det ville være mulig å etablere midlertidige sykehus rundt omkring i stiftet. Han viste til fogdene, som i følge resolusjonen skulle peke ut anvendelige steder for anrettelsen av slike sykehus, men som hadde ment at slike steder ville være umulige å finne. Steffens erklærte seg enig med amtmannen, og foreslo at det ville vært bedre om et sykehus ble anlagt i hvert av stiftets tre amter. Deegen refererte i brevet til at han hadde prøvd å overbevise både amtmann Hammer, noen prester og en fogd (Münster) om at det ville være farlig å komme med nye forslag til tiltak uten å selv erfare hvorvidt det virkelig forholdt seg slik motstanderne sa.

Ich habe mich auf alle mögliche Art bemühet, ihnen zu überreden, daß es gefährlich vor uns sein könnte, die Vorschläge abzugeben, ehe und bevor wir durch eine persönliche, und selbsteigene Untersuchung von der Wahrheit dieser Meinung überführet waren, allein man antwortete mir, daß man nur bloß als eine Maschine verfahren würde, in Fall man den uns vorgeschriebenen Plan nicht zuändern suchen würde. Ich bin dieserwegen außerordentlich bekümmert.

Å bli anklaget for å handle som en maskin ble nok ikke oppfattet som særlig smigrende. Deegen var allikevel ”außerordentlich bekümmert” fordi ingen av de forordnede instruksere ble satt ut i livet. Fordi amtmannen verken ville leie eller kjøpe et hus til sykehus før han hadde fått nok en uttrykkelig ordre om det, ba han om at han kunne få en nærmere instruks direkte av kollegiet om hvordan han skulle forholde seg. Stiftsamtmannen hadde foreslått ovenfor de nyankomne kirurgene Steffens og Deegen at de skulle reise rundt i amtet for å skaffe en oversikt over sykdommens omfang. Som det fremgikk av forrige avsnitt, var det ikke første gang stiftsamtmannen foreslo dette. Nå valgte Steffens og Deegen å følge stiftsamtmannens oppfordring, og bestemte å dele halve Stavanger amt mellom seg. Registreringen var påbegynt da Deegen skrev sitt brev.

Det var altså den manglende etterlevelse som ble vist i forhold til reskriptet av april 1772 som særlig bekymret Deegen. Steffens skrev også en rapport til Collegium Medicum i august, og bekreftet i store trekk Deegens beskrivelse av saksgangen siden deres ankomst til landet.⁶²¹ Imidlertid redegjorde han mer utførlig for hvilke grunner amtmannen, fogdene og noen prester hadde for ikke å anbefale sykehus på landet. For det første fordi det ikke fantes hus på bygdene som kunne passe til midlertidige sykehus, de måtte i så fall leies. For det andre fordi transporten til disse avsidesliggende stedene var svært vanskelig, både av leger og av det nødvendige forråd av matvarer. Han foreslo derfor at de ”mindre farlige” samt de hvis

⁶²¹ Steffens i brev til Collegium Medicum av 15.8 og 22.8. 1772: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

lidelse var en "ren skjørbuk" kunne behandles med egnede midler hjemme i sine egne hus.⁶²² Prestene kunne stå for behandlingen hvis de ble gitt undervisning om hvordan det skulle gjøres, dersom pasientene var sikret oppfølging av lege. På denne måten mente han man kunne behandle dobbelt så mange pasienter, og hindre spredning av sykdommen. Videre hevdet han også at det ikke var nødvendig med så mye som tre kirurger på et og samme sted, og at det ville være langt bedre om det ble opprettet tre sykehus i tre forskjellige deler av stiftet, med en kirurg på hvert sted.

På bakgrunn av kirurgenes tre brev slo Collegium Medicum i et brev til det Norske Kammer fast at det var nødvendig å utrede saken på nytt, idet de foreslåtte tiltak ikke var blitt gjennomført:

[D]a nu dette bliver en ganske anden Plan, end den, som ved høy-kongelig Resolution af 22. april a.c. er foretaget, og da vi, som ere ubekiendte om de locale Omstændigheder der oppe, ikke tør bedømme, hvorvidt dette Forslag er grundet eller ikke, og hvorvidt samme kan iværksettes, saa indstilles aldeles denne Sag til det Høy-Kongelige Kammerets Decision, og eget Behag, om Øvrigheden herom nærmere skulle høres, og at give sin Erklæring.⁶²³

Saken gikk deretter fra kammeret tilbake til Collegium Medicum, som i en ny uttalelse foreslo å opprette et sykehus i Stavanger for mellom 25 og 30 syke, det vil si et betydelig større antall enn det sist foreslåtte.⁶²⁴ Behandlingen av syke i sykehuset skulle besørges av Steffens og Tychsen, og skulle således ikke være et sykehus for pleie av de aller dårligste, men et sykehus der behandling skulle finne sted. Sykehuset skulle settes ut til lisitasjon (på anbud), men kontrakten skulle ikke settes til mer enn et år, etter den tid skulle man se på om utgiftene kunne minskes på noen måte.

Stiftsamtammann Hagerup fikk deretter forespørsel om hvordan dette best kunne gjøres.⁶²⁵ I mellomtiden hadde stiftsamtmannen imidlertid fått nok et bekymret brev fra Deegen, som sa at kirurgene fremdeles var så godt som uvirksomme, etter tre kvart års opphold i distriktet.⁶²⁶ Etter at kartleggingsbestrebelsene var gjennomført med vekslende hell sommeren før, hadde de stått uten gjøremål. Deegens retorikk har i dette brevet blitt endret, nå appellerer han til det humanitære sinnelag hos sin overordnede:

Jetzt aber, da mir der beständige Andrang von diesen gedrückten, und seufzenden Ellenden! – darff ich es sagen – ? die rührendesten Thränen ausgespreet: so fliehe ich hin zu dem Schutze von Er Hochwohlgebohrenen, alwo ich weiß, daß alle solche Arthen von Übel eine Ende nehmen müßen, und dieses feuert mich besonders an, gegenwärtig zu Er Hochwohlgebohrenen zu seufzen! Ja zu Dero Füßen zu flehen! Daß Höchstdieselben geruhen

⁶²² "[...]die weniger Gefährliche und die bey dem das Übel ein bloßer Scorbut ist".

⁶²³ Brev fra Collegium Medicum til det Norske Kammer av 26.9.1772: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁶²⁴ I brev av 7.11.1772: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁶²⁵ Fra det Danske Kanselli til stiftamtammann Hagerup 12.2.1773: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165

⁶²⁶ Fra Henrik Deegen til stiftamtammann 26.2.1773: SAK, Stiftamtammannen i Kristiansand, pakkesaker: Innkomne brev 1271: Brev fra lever 1744-1779.

wollen, jetzt, und endlich Ordres zuzustellen, daß Anstalten verfüget werden können, wodurch diese halb verzweifelten Kranken wiederum zu ihrer verlohrende Gesundheit verhalten werden können. Die lange Zeit, worin so wohl ich als die anderen beyden unthätig gewesen sind, ist in der größten Tiefsinnigkeit bey mir verstrichen.

Det er de tyngede og sukkende elendige som står i sentrum av beskrivelsen her. Deegen tillater seg å klage, refererer endog til sine egne tårer – og ber på sine knær, om stiftsamtmannen vil utstede ordre slik at de syke kan bli hjulpet. Den 'største dypsindighet' har rammet ham etter å ha vært så uvirksom i så lang tid. Han uttaler seg også vedrørende Steffens forslag, at det kan vel være bra nok, men gjentar at det overstiger både hans innsikt og hans "Wissenschaft", fordi

zur Staats-Kunde haben Ihre Königl Mayestè gar zu tüchtige, und erfahrene Männer bestellt, die mich und andere gar zu weit übersehen können, und daraus folgt von selbst daß ich ihren leitungten folgen muß [...] – so muß ich schweigen – .

Han avviser altså å foreta beslutninger om statsmannskunst, som ligger utenfor hans kompetanseområde. Brevet avsluttes med nok en bønnfallelse:

[S]o falle ich nochmahls zu Ihnen hin, und flehe! Daß Höchstdieselben geruhen wolle, nunmehr solche Anstalten zu verfügen, damit ich mich so wirksam zeigen könne, wie ich es aus dem Grunde meiner Seele wünsche: denn ich bin der verfaßten Inertia jetzt von ganzem Hertzen feind.

Deegens bemerkninger om statsmannskunst er verdt en kort bemerkning. Her kommer det tydelig frem at begrepet om det medisinske politi ikke er uproblematisk i kraft av den forbindelse mellom medisin og politikk som det innebærer. Deegen viser til en grunnleggende motsetning mellom medisin og politikk, i det han knytter an til det tidlige 1700-tallets begrep om politikk.⁶²⁷ I denne tradisjonen ble politikk assosiert med statsmannskunst (et ord vi også ser Deegen bruke), et instrumentelt, og ikke-normativt, begrep om politikk, som dermed også ble ansett som moralsk uforsvarlig – for andre enn de som var satt til det. I begrepet om statsmannskunst forstod man en virksomhet der det ikke var sannheten som vant frem, men strategiene. Det vesentlige for den som bedrev statsmannskunst var å finne riktig strategi, og de som lyktes i politikken var således de som handlet ut fra et instrumentalistisk ideal. Eneveldets byråkrati, for eksempel, var gode på statsmannskunst og fikk det ofte som de ville. Ikke fordi de hadde rett, men fordi de var gode på strategisk virksomhet. Deegen opererer med det tradisjonelle skillet mellom statsmannskunst og sannhetsdiskurs i disse tidlige brevene. Han konstaterer at statsmannskunst ikke vedkommer ham, da han ikke kan uttale seg

⁶²⁷ For det følgende, se først og fremst Reinhart Koselleck, *Kritik und Krise. Eine Studie zur Pathogenese der bürgerlichen Welt* (Frankfurt am Main: Suhrkamp 1973).

om forhold som tillegger den politiske utøvelse. Det Deegen tilbyr i brevet ovenfor er altså ikke en sannhetsdiskurs, eller sin vitenskap, han forlanger derimot at den byråkratiske logikken skal settes ut av spill. Hans oppfordring til stiftsamtmannen er at han skal gripe inn på normativt grunnlag, eller snarere: på emosjonelt grunnlag. Pasientenes lidelse og Deegens egne tårer brukes for å overbevise stiftsamtmannen om at den strategiske statsmannskunsten må erstattes av medlidenhet, slik at staten kan gjøre det som må til for å hindre sykdommens utbredelse.

Spørsmålet som i stadig økende grad omfattet diskursen om det politiske på 1700-tallet var imidlertid om det var mulig å tillate at politikk bare var et felt for strategier og intriger og ikke en sannhetssøkende diskurs. Steffens og amtmannens anklager om at Deegen ville være som en maskin, dersom han motstandsløst forholdt seg til den gitte ordre, må sees i lys av denne nye forståelsen av politikk. Maskinen ble brukt som bilde av flere av de store tenkerne som diskuterte politikk på denne tiden, for eksempel Gottlieb von Justi eller Frederik den store. Den tradisjonelle strategiske politikken stilte ikke undersåttene fritt, het det i denne nye kritikken. Fordi det var byråkratene som behersket statsmannskunsten, ble menneskene redusert til maskiner, idet de ble henvist til å utføre ordre og være det de ble fortalt at de skulle være. De blir vesener uten egenvilje, i likhet med maskiner. Denne kritikken åpnet et rom for en annen politikk, som nettopp problematiserte skillet mellom politikk og sannhet. Det er en slik revurdering av politikkbegrepet som ligger bak Steffens og amtmannens uttalelser om at man ikke blindt må adlyde ordre, men bruke sin egen fornuft og vitenskap på å bedømme hensiktsmessigheten av de gitte befalinger.

I Hagerups betenkning til det Danske Kanselli vedrørende innretning av et sykehus i Stavanger fraskrev han seg ansvaret for at resolusjonen av 22. april et år tidligere ikke hadde blitt fulgt opp. Ansvaret for dette måtte i følge stiftsamtmannen ligge hos amtmannen i Stavanger, som, fordi amtet lå så fjernt fra Kristiansand, som regel hadde vide fullmakter til å utføre ordre.⁶²⁸ Når det gjaldt selve innretningen, aksepterte han i grove trekk Collegium Medicums forslag fra høsten før, om at et sykehus skulle innrettes i Stavanger for 25-30 syke. Men, skrev han,

for nu ikke aldeles paa blotte Formodninger at sætte til Siide dend 3die Post i dend Kongelige Resolution, skulle ieg meene at det var Möyen verd at forsøge, at dend ene Chirurgus reiste om i Jædderens og Dahlenes Bøyd for at tage een og anden Syg i Cuur i deres Egne Huuse.

Argumentet for en begrenset videreføring av det opprinnelige forslaget var, foruten at det ikke var blitt forsøkt og at man derfor burde gi det en sjanse, at det ville skape ringvirkninger

⁶²⁸ Stiftsamtmann Hagerup til det Danske Kanselli, 26.3.1773: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

dersom folk på landsbygda observerte ved selvsyn at behandlingen kunne være vellykket. Dette kunne føre til at de som skjulte sykdommen ville møte opp hos legen til behandling. Hagerup fremholdt også at det ville være mer behagelig for allmuen å få pleie og tilsyn av slekt og venner hjemme på et kjent sted enn av fremmede i en ukjent by. En videre vurdering av saken ville han gjøre etter at det hadde gått en stund, da han personlig skulle sjekke kirurgenes beretninger.

Stiftsamtmannen forhørte seg deretter hos de to kirurgene om hvilken plan som best kunne følges. Henrik Deegen for sin del gjentok nok en gang at han ikke hadde nok innsikt i statsmannskunst, og begrunnet dette nå nærmere med at han var rådet til bare å ta beslutninger om det han kunne, og det han hadde gjort seg tydelig begrep om.⁶²⁹ Han våget derfor ikke komme med noen anbefalinger annet enn det som angikk det rent medisinske, og om dette kunne han si følgende: I Stavanger amt var det omlag 100 radesyke i tillegg til noen tilreisende som hadde søkt hjelp hos ham og de andre legene. I sykehuset kunne det ikke ligge så mange av gangen. Selv om enkeltpersoner der kunne bli behandlet, ville de etter endt behandling bli sendt hjem igjen til steder hvor det ennå fantes smittede, slik at de kunne bli smittet igjen. Deegen foretrakk derfor at de oppsendte legene "mit vereinten Kräfften" skulle gå sammen om litt etter litt å utrydde sykdommen ved å ta for seg stiftets områder skritt for skritt, og slik i fellesskap "den Feindt tödten". Han forsvarte altså fremdeles intensjonen i det opprinnelige reskriptet, og mente de skulle gå frem ved å reise omkring og behandle de syke.

Steffens, derimot, var åpenbart av en annen mening. Fogd Dahl i Ryfylke hadde uttalt at det under ingen omstendigheter ville være tilrådelig med sykestuer i hans fogderi. Et slikt ville uansett ikke kunne skaffes, og om man mot formodning skulle få det til, så ville man ikke kunne pleie de syke godt nok.⁶³⁰ Steffens mente fremdeles at det beste ville være om alle de tre kirurgene fordelte seg i stiftets tre amter, hvert med sitt sykehus. Han fremholdt dessuten at det kunne være hensiktsmessig å opprette et sykehus også i Egersund, med ca. 12-16 pasienter, siden Egersund var det stedet det hele startet, og også det sted som var mest angrepet.⁶³¹

⁶²⁹ „[D]en ich bin geruhet, nur da Schluß zu machen, wo meine Seelens-Kräffte sich schon entwickelt, und deutliche Begriffe über gewisse Gegenstände gemacht haben“. Brev fra Deegen til stiftsamtmannen 27.3.1773: SAK, Stiftsamtmannen i Kristiansand, pakkesaker: Innkomne brev 1271: Brev fra leger 1744-1779.

⁶³⁰ Dahl foretrakk derfor å sende fogderiets syke til Stavanger, da pasientene der lettere kunne overholde sin foreskrevne diett. Fogd Münster i Jæren og Dalane hvor det var flest syke, hadde derimot gjerne sett at det ble etablert et sykehus i Egersund. I likhet med stiftsamtmannen påpekte han at dersom befolkningen ved selvsyn kunne se at de syke virkelig ble helbredet, ville et langt større antall melde seg enn det kirurgene hadde kunnet oppdage nå.

⁶³¹ Steffens til stiftsamtmannen 9.4.1773: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

Her ser vi igjen hvordan den opprinnelige forordningen fra april 1772 ble revidert underveis. Fogd Münster hadde åpenbart ikke forholdt seg til at det der ble bestemt at ambulerende sykestuer skulle etableres rundt i bygdene, han foreslo sykehus i byen. Fogd Dahl, derimot, argumenterte mot ordlyden i forordningen, idet han hevdet at sykestuer på landsbygda ville bli umulig både å opprette og vedlikeholde. Steffens konkluderte med at han håpet stiftsamtmannen ville tilrå anbefalingen fra Collegium Medicum: At

diese hierzu erforderliche Einrichtung auf keine bessere Art eingerichtet werden können, wurden Ehr. Wohlgebohrenen selbst zugängl. einsehen [...] Ich hoffe daher dieselben wollen die Güte haben, diesen von ein in dem Königl Kammer Collegio eingesendte Vorschlag gütigst zu unterstützen, damit wir so bald möglich im Stande gesetzt werden mögten, diejenigen Kranken, welche uns täglich um Hülfe ansprechen, von ihrem Übel zu befreien.

Steffens taler som en statsmann. Dette er noe helt annet enn Deegens retorikk, som skapte et uttrykkelig skille mellom ”wissenschaft” og politikk, selv om resultatet av retorikken blir den samme: en uttrykkelig politisk anbefaling. I Steffens diskusjon fremtrer legen som vitenskapsmann, politiker og prest: En som vet best, også om Staatskunde. Ikke bare trer han frem som statsmann, han overtaler også amtmannen til å snakke hans sak. Og argumentene han fører til verks er hentet ikke fra den strategiske statsmannskunst, men fra sannhetsdiskursen; han snakker med autoritet som lege. Og som lege visste han også at intet mer kunne gjøres for de mange syke som ba dem om hjelp før det ble gjort et vedtak om et sykehus’ opprettelse.

I Stavanger kom det til et skifte av amtmenn etter at amtmann Hammer døde. Den nye amtmannen, Scheel, beklaget at ikke den kongelige resolusjonen hadde blitt iverksatt i amtet. I det året som hadde gått hadde kun åtte til ti mennesker blitt kurert. Dette var pasienter som hadde anledning til å komme til byen og være der selv, og utgjorde et langt lavere antall enn hva som kunne ha vært tilfelle dersom forholdene hadde blitt lagt til rette. Den manglende iverksettelsen av tiltak skyldtes, i følge Scheel, at hans forgjenger Hammer forgivevis hadde henvendt seg til ”autoritetene” for å få en proposisjon og ordre til fullførelsen av sykehuset, og dermed hadde saken blitt liggende.⁶³² Som vi så hadde imidlertid Hammer vært relativt aktiv i diskusjonene som fulgte etter at reskriptet kom. Han hadde fremført argumenter om at den ambulatoriske ordning ikke kunne iverksettes. Vedrørende sykehuset hadde han vært taus, men det utgjorde bare en liten del av de opprinnelige planene, og var nært knyttet til dem. Snarere var det vel slik at Hammer hadde agert som en selvstendig deltager i de politiske forhandlingene, og anså resolusjonens forordninger som umulige å gjennomføre.

⁶³² Brev fra Scheel til rentekammeret 24.4.1773: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165. Brevet hadde imidlertid feil adressat: Medisinalsakene hadde vært flyttet fra det Norske Kammer til det Danske Kanselli f.o.m.juli 1772.

Scheels nye forslag var i store trekk likelydende med Steffens': han ønsket ett sykehus i Stavanger og ett i Egersund med henholdsvis Steffens og Tychsen som leger. Deegen kunne plasseres ved et annet sykehus i stiftet, på et sted der det ble ansett nødvendig. Scheel ba om ordre fra kammeret, og om en angivelse av hvor store kostnadene kunne være for de to sykehusene. Utgiftene måtte forskutteres av den kongelige kasse.

2.4. Forhandlingene fortsetter: spørsmålet om de ambulatoriske legene

Allerede 3. juni 1773 forelå det altså et nytt reskript, som nærmest var en avskrift av Hagerups forslag tidligere det året.⁶³³ I Stavanger skulle det anlegges et sykehus, hvor 25 til 30 "af de med Radesygen meest besmittede kunde indlægges". Det ble understreket at ingen pasienter måtte skrives ut med mindre man var forsikret om at de var så fullkomment helbredet at sykdommen ikke igjen kunne bryte ut. Pasienter som ble ansett som uhelbredelig skulle, "for at forekomme smitte, afsondres fra andre Folk". Hva skiller dette reskriptet fra resolusjonen av 22. april året før? Borte er alle sykestuene på landet, sykehuset i Stavanger er betydelig utvidet, og nå skal to av kirurgene, i stedet for å reise rundt i bygdene, oppholde seg i sykehuset for å behandle de syke. Hagerups forslag om å beholde noe av intensjonen i den tidligere resolusjonen ble akseptert, idet reskriptet befalte Deegen å reise rundt i Jæren og Dalene fogderier for å behandle pasienter i deres egne hjem.

Ved kanselliordre av 18. februar 1774 ble Deegen sendt fra Stavanger til Lister amt, og i den første rapport han sendte derfra var det fremkommet en ny retorikk: han hadde inntatt stasmannskunsten.⁶³⁴ Mens han tidligere hadde vært svært opptatt av å skille vitenskap og statskunnskap, reserveerte han seg nå ikke lenger mot å være statsmann. Nå var han helt tydelig på at ambulatorisk virksomhet var et dårlig egnet virkemiddel i kampen mot radesyke. For det første fordi bøndene ikke ville stille sine hus til disposisjon for midlertidige behandlingssteder, ja de nektet endog å huse én enkelt syk til behandlingen var overstått, angivelig av frykt for selv å bli smittet. For det andre fordi forpleiningen av de syke var så dårlig når de ble behandlet hjemme at det forhindret en rask og grundig kur. For det tredje fordi det antall syke han hadde under behandling på samme sted var så få, at han bare kunne kurere tre, fire eller fem samtidig, mens han i sykehuset kunne ha behandlet 20 til 30 på en gang. Et sykehus ville derfor ha vært langt mer effektivt, hevdet han. I tillegg til at han der

⁶³³ L. Thurmman, *Samling af Love, Forordninger, kongelige Rescripter og Resolutioner, Placater, Reglementer, Instruxer, Fundatser og andre offentlige Aktstykker vedkommende Læger, Apothekere, Dyrlæger og Gjordemødre i Kongeriget Norge* (Christiania: 1851), s. 34-35.

⁶³⁴ Deegen i brev av 25.7.1773: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

kunne behandle flere om gangen samtidig, ville man spare medikamenter, fordi medikamentenes nytte ble drastisk redusert når den ble kombinert med den dårlige levemåten bøndene hadde hjemme hos seg selv. Opprettelsen av sykehus kunne endelig lette forebyggingen og akselerere den totale utryddelsen av radesyken, som for tiden altfor iøynefallende spredde seg.⁶³⁵

Deegen holdt seg nok mest i Flekkefjord. Da han samme sensommer ble bedt om å undersøke radesykens omfang på landsbygda i Lister amt, svarte han at han hadde hendene fulle med pasienter som han ikke kunne reise fra.⁶³⁶ Det han i stedet foreslo, var at omegnens lensmenn og prester i distriktet i stedet skulle utferdige lister over de syke, og sende dem til stiftsamtmannen. Hvis stiftsamtmannen allikevel ville at han skulle reise rundt til de syke, måtte prestene samle de syke før hans ankomst. Skulle han reise rundt fra bondegård til bondegård på måfå, ville "eine unendliche Zeit" bli brukt, og for i det hele tatt å få utrettet noe, ville han måtte bruke så kort tid på hver enkelt behandling at den nesten ville være verdiløs. Igjen presiserte han imidlertid at radesyken grep om seg, derom ble han overbevist av "der tägliche Überlauf von Leuten die mit der sogenannten Radesyge behäftet sind." Man måtte gå raskt til verks, dersom man ville forebygge sykdommen. Et nytt sykehus ville uten tvil være det beste virkemiddel, hevdet Deegen nå, som ikke lenger var redd for å uttale seg om statsmannskunst: "So wohl der oeconomische, als pathologische Nutzen fällt deutlich hiervon in den Augen".⁶³⁷

Stiftsamtmann Hagerup var ikke fornøyd med tilstanden, men syntes å ha blitt overbevist om at sykehus kunne være løsningen.⁶³⁸ Han foreslo opprettelsen av et sykehus i Kristiansand, fordi det sykehus som lå i Stavanger var altfor langt fra stiftshovedstaden. Det nye sykehuset kunne dekke Nedenes og Råbyggelaget fogderier og østre del av Mandals fogderi. Regimentsfeltskjæerne kunne brukes som assistenter ved sykehuset når de ikke hadde annet å gjøre. Han foreslo videre at for å forsikre seg om at ingen unndro seg behandling, kunne man pålegge prestene å utrede hvilke gårder som var rammet, og kompanisjefene kunne rapportere tilsvarende vedrørende soldatene. Ved hjelp av denne informasjonen ville det bli lettere for kirurgen, når han en gang om året skulle reise rundt for å se til de syke, å fange opp alle. Utgiftene for sykehusene, både det i Stavanger og det planlagte i Kristiansand, kunne dekkes av hvert amt i sær. For sykehuset i Kristiansand kunne

⁶³⁵ „Die fernere nur abzu deutlich in die Augen fallende Verbreitung der Radesyge, müße warscheinlicher Weise hierdurch vorgebeuet, und die gänzliche Verteilung dieses verwüstende Übels beschleuniget werden.“

⁶³⁶ Brev fra Deegen til Holm 18.8.1774: SAK, LMA, Innkomne brev, nr. 245: fra leger.

⁶³⁷ Ibid.

⁶³⁸ Se brev fra stiftsamtmannen til Collegium Medicum, desember 1774: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

byen legge ut til selve huset, samt kirurgens lønn, diett og et års forskudd, til gjengjeld kunne staten bekoste driften forøvrig med hjelp av frivillige bidrag.

Noe senere kom det imidlertid en dramatisk beretning fra Amtmann Holm i Lister og Mandal amt som la planene om et sykehus i Kristiansand på is for en stund. Forsøket med å la de syke helbredes på bygden hadde mislyktes, dels fordi bonden ikke hadde mulighet til det, dels fordi ”Deegen anseer det til ingen Nytte”. Etter at Deegen hadde bosatt seg i Flekkefjord, hadde byen blitt nærmest overrent av syke, noe som hadde fått dramatiske konsekvenser for byen. De syke

ere dels for Penge dels af Medlidenhed huusede af Folk, som derefter ere befængte, ja denne mængde Syge har foraarsaget en saa almindelig Contagion, at nu enhver Mands Tienestefolk ere syge, og de derhos settes i største Fare, for dem selv og Børnene, da Svagheden er venerisk og smitter som Pest. Denne bedrøvelige Tilstand, som maa foraarsage en almindelig Forstyrrelse baade blant Syge og Friske, nøder mig til at ansøge det Kongl Danske Cancellies hastige Hielp til at faae et Sygehuus oprettet her i Amtet paa det aller menagerligste.⁶³⁹

Radesyken blir nå altså formulert som en trussel som også truer byens egne, idet tjenestefolkene hos ”enhver Mand” er syke. Og selv om sykdommen tidligere hadde blitt beskrevet både som et rovdyr og som et vesen ute av kontroll, er det første gang den etableres som en trussel mot samfunnets bedre stilte. Resultatet måtte bli en ”almindelig Forstyrrelse”, både hos de syke og de friske. Holms konklusjon er at økonomiske hensyn må vike for behovet for å få brakt situasjonen under kontroll:

Skal en saa vederstyggelig og farlig Sygdom ganske udryddes vil det være fornøden at Foranstaltninger maa skee strax uden at tage i Overveiyelse de betydelige Omkostninger der derpaa vil gaae, [...] [Man må holde opp med å] pønse paa Sygdommens Natur og Beskaffenhed, det er nok at enhver vet at den er ond og smitsom, ja berøver Landet en del duelige Mennesker og skamferer dem som dermed er befængte.

Reaksjonen kom raskt. Forslaget ble tatt til følge, og ved reskript av 21. desember 1775 ble et sykehus i Flekkefjord bestemt opprettet.⁶⁴⁰ Dermed var forsøket med de ambulatoriske kirurger i første omgang over, men tanken om at dette var den beste måten å møte radesyken på var på langt nær forbi.

For hva var det som var så attraktivt ved de omreisende kirurger? Kaptein Tobiesen ved det 2. regiment i Kristiansand fremførte noen argumenter for dette som til stadighet ble referert til i diskusjonene som fulgte, og den skal derfor følges noe nærmere.⁶⁴¹ Han hevdet for det første at sykehus var en dårlig løsning fordi man på den måten bare ville få til usystematiske og spredte forsøk på behandling, og slik ville sykdommen fortsette å spre seg. For det andre ville ikke bøndene la seg behandle på fremmede steder av en fremmed lege.

⁶³⁹ Amtmann Holm til Det Danske Kanselli 28.3.1775: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁶⁴⁰ Thurmman, *Samling af Love, Forordninger, kongelige Rescripter og Resolutioner*, s. 42.

⁶⁴¹ Pro Memoria fra kaptein Tobiesen 22.3.1775: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

Han foreslo derfor at det skulle foretas en nøyaktig undersøkelse av de syke i enhver bygd, og at pasientene skulle kureres i sine egne hjem. Men et slikt tiltak måtte kunngjøres. Det var etter hans mening kun noen få som hadde hørt tale om de oppsendte radesykelegene, og derfor hadde deres nærvær stiftet lite eller ingen nytte:

I disse senere Tider, er opkommen fra Danmark nogle Læger, som efter sigende skulde hælbrede denne Sygdom, men som endnu ingen offentlige Anstalter derom er bleven bekjændtgiorte, har det paa disse Grændser, ikke været Almuen til nogen nytte, og mærker man, at Bønderne meget vandskelig lader sig overtale, til at reise langt fra deres Hiem, for at opholde sig paa det Stæd, hvor Medicus boer imedens curen varer.

Sykdommen måtte angripes under ett, mente han, det hjalp intet med isolerte og spredte tiltak.

Skal Landet engang blive befriet for denne Plage, da maae den gandske med eet udryddes, thi een eneste, som endnu behaalter den Sygdom, vil om føje Tid, forplante den over alt igien, dette kan umuelig skee, dersom det skal andkomme paa den gemene Almues eget forgodtbefindende, enten de vil cureres eller ikke.

Den viktigste hindring for en vellykket behandling var bøndernes tendens til å skjule sykdommen.⁶⁴² Få ville innrømme at de hadde sykdommen før sårene brøt ut på kroppen og sykdommen ble synlig for enhver. For at en ordning med omreisende leger skulle lykkes, måtte man derfor først foreta en nøyaktig undersøkelse på alle de steder der sykdommen hersket. Alle måtte pålegges å oppgi de mennesker man hadde mistanke om hadde hatt eller hadde radesyken. Det var altså Hagerups forslag om en kartlegging av radesykens omfang og problem som Tobiesen nå fremla. Men han foreslo også et av de andre opprinnelige forslagene, nemlig opprettelsen av sykestuer i nærheten av de sykes hjemsted. Der det var mange på et sted, kunne man samle pasientene i ét hus. De som hadde råd til det kunne betale behandlingen selv, ”de aldeles uformuende” måtte sognet sørge for. En måte å kontrollere dette på, hevdet han, var å utstyre folk med sunnhetspass. Hvis man i tillegg kunne kreve at ingen måtte ta omstreifere i hus som ikke hadde et slikt pass, ville mye være gjort.

Denne betenkningen ble sendt rundt på høring, og møtte mye bifall. Amtmann Holm i Lister skrev at han selv hadde hatt lignende tanker, men at han betvilte gjennomførbarheten av forslaget fordi det ville bli for dyrt. Dette til tross for at han bodde selv i et amt hvor ”man

⁶⁴² Allmuens tendens til å skjule sykdommen er et ofte gjentatt tema i den tidlige radesykens historie. Se f.eks. Hans Hagerup i brev av 26.3.1776: ”Erfarenhed lærer, at mange i lang tid bærer paa denne Svagheit, og vil ikke af Undseelse aabenbare den, førend dend ytrer sig ved udvortes Kiendetegn”, Sogneprest Carsten i Lund og Ness med Flekkefjord i brev til radesykekommissjonen av 22.10.1778: ”Almuen skammer sig ved denne Sygdom, skiuler og dølger den saa længe at den har rodfæstet sig i Lægemet ja aldeles indædt sig baaede i Marv og Ben”, og Andreas Faye i Egersund prestegjeld, som i brev til samme kommisjon av 10.10.1778 hevder at allmuen ”mod ald Raison holder det for en skammelig Sag at være beladt med den [radesyken] og derfor dølger den saa længe indtil den ey længere kand skiules”. Lignende utsagn finnes fra bl.a. Sogndal, Mandal, Dalene, Vanse, Risør, Oddernes, Tvedt, Valle, Hegbostad, og Østre Moland. Alle brev i RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

ikke hører tale om andet end Radesyge og Fattigdom”⁶⁴³ Men når det gjaldt argumentet om at sykdommen måtte angripes på en systematisk måte, var han helt enig: ”angribes Sygdommen ikke med al force fra alle Kandter i Amtet, er al møye og det til nu anvendte spildt”. Det var derfor stor fare for, sa han, at sykehuset i Stavanger måtte lide ”samme Skiebne, som den der for nogle Aar siden var i Christianssand til ingen anden Nytte end betydelige Udgifter”. Holms innstilling var derfor at Tobiasens forslag måtte aksepteres, men at kongens kasse måtte dekke omkostningene som medgikk til sykestuenes innretning på landet, til legenes lønn og diett under undersøkelsene og til selve behandlingen. Hvis dessuten allmuen i hans amt kunne bli fratatt plikten til å betale til sykehuset i Stavanger, så trodde han at sykdommen på Tobiasens måte vil bli utryddet, men før man ”derom er forvisset”, anså han det unødvendig å uttale seg i ”det specielle”. Hvordan dette skulle finansieres var noe som ville være forskjellig i de ulike amt, avhengig av lokale omstendigheter. Collegium Medicum sluttet seg også til nødvendigheten av å angripe sykdommen under ett og hele distrikter av gangen. Men da det ville behøves mange kirurger, og mange penger, stilte de seg mer tvilende til gjennomførbarheten. De konkluderte med å si at det måtte bli opp til ethvert amt, alt etter omstendighetene. Noe finansiering fra kongens kasse kom heller ikke ved denne anledning på tale.

Tiltaket med omreisende leger ble behandlet igjen av radesykekommisjonen, som i sin erklæring fra 1780 skrev at de aldeles ikke fant ordningen med omreisende leger egnet til å bekjempe sykdommen. De viste til det forrige mislykkede forsøket fra 1773 til 1775, og refererte til Deegens brev om dette som tidligere er berørt. Den de lyttet mest til ved denne anledning var imidlertid Johannes Møller, legen ved radesykehuset i Bratsberg. Han hadde i brev til kommisjonen pekt på at det først og fremst kom til å bli vanskelig å få transportert mat til pasienter og den kirurg som skulle behandle dem. I fjellbygdene måtte korn kjøpes fra kjøpstedene, og så transporteres. Det ville medføre store skysskostnader. Enda større vanskeligheter, fremhevet kommisjonen, møtte imidlertid den lege som skulle ”flakke om blant de med Radesyge befængte Bønder”. Dette har så mange ”Besværligheder” knyttet til seg, at man ikke ville få noen leger til disse stillingene. For første gang ble legenes ubehag ved den omreisende praksis eksplisitt fremhevet.

Problemet med de ambulatoriske legene ble deretter liggende en stund, men kom opp med fornyet kraft i 1787. Foranledningen var en henvendelse fra amtmann Holm i Lister og Mandal, som beklaget den stilling stiftets allmue var kommet i. Deres gjeld til kongens kasse

⁶⁴³ Amtmann Holm i brev til stiftsamtmannen 10.7.1775: SAK, Stiftsamtmannen i Kristiansand, 822: Brev fra Lister og Mandal amt 1701-1780.

fra utgiftene til sykehusdriften bestod nå i over 3000 riksdaler, og situasjonen var så trykkende for allmuen at han hadde gitt dem løfte om at den skulle bedres.⁶⁴⁴ Rentekammeret svarte et år senere og stilte igjen spørsmålet om det ikke kunne være bedre med omreisende leger enn sykehus?⁶⁴⁵ Etter å ha innhentet betenkninger svarte Collegium Medicum at både legenes og øvrighetens erfaring viste at sykehusene verken virket etter hensikten eller var i stand til å hindre sykdommen, noe som ble forverret av allmuens uvillighet til å la seg innlegge i sykehusene. Siden allmuen også nektet å betale utgiftene ved sykehuset, mente kollegiet at det var mulig at sykehusene burde inngå, og at hjelpen heller burde bli ambulatorisk. Da kunne behandlingen gis hjemme hos pasientene, til tross for de vanskeligheter dette medførte.⁶⁴⁶ De foreslo derfor at tre leger skulle beskikkes i stiftet, en i Stavanger, en i Flekkefjord og en i Arendal. De skulle det første året reise rundt i de områder de ble anvist av amtmannen, og der kurere de syke. En fullstendig dagbok skulle føres over de sykes antall i hvert distrikt, om de var helbredet eller uhelbredelige, om hvilke hindringer de hadde støtt på i kuren, og opplyse om hvilke forbedringer som kunne gjøres. Etter at året var omme skulle de rapportere hvorvidt det ville være mulig å opprette små sykestuer ved enhver leges bolig slik som i Mandal. Både daværende stiftsamtmann Moltke i Kristiansand stift og amtmann Scheel i Stavanger påpekte i sine uttalelser igjen Norges vanskelige geografi og fremhevet de problemene en slik foranstaltning ville møte, siden veiene, hvis de fantes, stedvis var ufremkommelige og transporten derfor ofte måtte gå til sjøs. Moltke fremholdt for øvrig at allmuen anså sykdommen for en skam, og derfor nødvendig ville til sykehusene, derfor fungerte ikke sykehus som helbredelsesanstalt. Imidlertid måtte det innrettes et sykehus for de uhelbredelige, og legen ved sykehuset der kunne undervise bøndene i omkringliggende områder slik at de kunne behandle de syke i sine distrikter. Amtmannen i Stavanger, Scheel, minnet imidlertid kollegiet på at en ordning med ambulatoriske leger tidligere var gjennomført, uten synderlig hell.

Collegium Medicum konkluderte med at et nytt sykehus for de uhelbredelige ville bli for dyrt, og at man måtte beholde de eksisterende sykehusene. Da disse imidlertid lå for spredt og ikke ville være tilstrekkelige til å utrydde sykdommen, kunne man i tillegg forsøke den foreslåtte plan med ambulatoriske leger. De måtte dels ved selvsyn, dels ved samtale med prestene, finne ut av på hvilke steder sykdommen ytret seg, og på disse steder opprette små

⁶⁴⁴ Amtmann Holm til Rentekammeret: SAK, LMA, kopibok 22, 1784-1789.

⁶⁴⁵ Fra anonymt resymè i RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165, laget i forbindelse med forslaget om ambulatoriske leger. Referenten skriver her at papirene ikke er å finne, men at han har informasjonen delvis fra samtaler med rentekammeret.

⁶⁴⁶ Brev fra Collegium Medicum til rentekammeret: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

midlertidige sykestuer. Nok en gang oppstod altså et forslag om omreisende leger som til slutt ble akseptert, og enden på det hele ble at Roested og Koefod ble tilbudt jobben i 1786, hver med 400 riksdaler i lønn og 50 riksdaler til en svenn.⁶⁴⁷ Diskusjonen om ambulatoriske leger ble ikke sluttført med dette. I 1796 sendes ytterligere to leger ut som omreisende leger i distriktet, det var legene Hans Munk og Lorentz Wilhelm Walther, som kom tilbake etter et år.⁶⁴⁸ Munk ble senere ansatt som lege først ved radesykehuset i Stavanger, og deretter, etter Møllers avgang, ved radesykehuset i Bratsberg, før han fikk stilling som inspektør for radesyken i 1807. Walther ble lege ved radesykehuset i Flekkefjord og var der til sin død.

Disse omstendelige debattene vedrørende sykehus og ambulatoriske leger er hentet frem fordi de sier noe vesentlig om konteksten radesykehusene opptrer innenfor. Det er ikke slik at sykehusene fremstår som selvsagte virkemidler i bekjempelsen av sykdom på denne tiden. Snarere oppstår radesykehusene i en tid der medisinsk behandling i sykehus er i ferd med å formuleres som en mulighet for systematisk bekjempelse av sykdom for første gang. Hva slags arena disse sykehusene utgjorde skal være tema i det som følger.

3. Radesykehusene

I dette kapitlet skal det handle om radesyken som institusjonsbygger. Bare på 1770-tallet ble det opprettet fire sykehus spesielt beregnet på de radesyke, de såkalte radesykehusene. De norske amtssykehus ble bygget ut før sykehusene i de danske provinsene,⁶⁴⁹ og det er nærliggende å slutte at radesyken var en medvirkende årsak til institusjonsbyggingen.⁶⁵⁰ Radesykehusene har av ettertiden vært vurdert som radesykens viktigste bidrag til norsk historie. Fredrik Grøn formulerte det slik i *Medisinens historie i Norge*: "Radesykehusene inntar en særstilling i den historiske utvikling av sykehusvesenet i vårt land. Det dreier seg nemlig her om noe spesielt for Norge".⁶⁵¹ Ole Moseng tillegger radesyken en sentral rolle i utviklingen av det norske helsevesenet generelt og sykehusvesenet spesielt, og mener at det rett og slett var "det moderne sykehusvesenet som vokste fram i Norge i løpet av de siste tiårene av 1700-tallet".⁶⁵² Det moderne ligger for Moseng, så vel som for Grøn før ham, i at

⁶⁴⁷ Brev fra Collegium Medicum 30.7.1791: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁶⁴⁸ Jfr. Kongelig resolusjon av 5.8.1796. Samme sted.

⁶⁴⁹ Vallgård, *Sjukhus och fattigpolitik*, s. 21.

⁶⁵⁰ De tidlige sykehusene var dominert av pasienter med hudsykdommer. I medisinalstatistikken på 1830-tallet ble det regnet med tre hovedkategorier institusjoner; "Almindelige Sygehuse", "Bestemte for venerisk Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsydomme" og "Dollhuse". I 1834 var det ti alminnelige sykehus, 18 i den andre kategorien, og tre dollhus. Se bl.a. Holst, "Sygehuse for venerisk Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsydomme i Norge i Decenniet fra 1822 til 1831."

⁶⁵¹ Reichborn-Kjennerud, Kobro og Grøn, *Medisinens historie i Norge*, s. 151.

⁶⁵² Moseng, *Ansvar for undersåtenes helse 1603-1850*, s. 235. Morten Hammersborg har diskutert det problematiske ved bruken av det moderne i en slik kontekst, og påvist hvordan både Moseng og Vibeke Erichsen

det for første gang var helbredelse, og ikke oppbevaring, som var hovedformålet med sykehusoppholdet.

Utviklingen av radesykehusene etableres altså hos disse forfatterne dels som et brudd med tidligere tiders praksis og dels som den spede begynnelse på et offentlig helsevesen – der en kontinuitet trekkes mellom radesykehusene og den senere sykehusutvikling på 1800-tallet. I det som følger skal disse påstandene undersøkes nærmere. For det første: Gir det mening å plassere disse sykehusene slik i en overgangsfase mot et sykehus i vår forstand av ordet? Og i så fall, på hvilken måte? For å undersøke dette nærmere vil sykehusetableringen på 1770-tallet være sentralt i det som følger. Fokus vil ligge ikke på institusjonenes administrative og økonomiske forhold, men på hvorvidt disse sykehusene kan sies utgjøre en vesentlig endring i praksis fra tidligere – og i så fall på hvilken måte. Er behandling hovedformålet med disse institusjonene, og hvordan kommer det i så fall til uttrykk i sykehusene? Dermed blir det vesentlig å undersøke hvorvidt disse sykehusene kan sies å representere jeg velger å kalle en medikalisering utover akkurat den rent kurative intensjonen. Og videre: I hvilken grad kan disse sykehusene sies å være uttrykk for et annet behov fra statsmaktens side, nemlig kunnskapsinnhenting?

3.1. Sykehusene i den internasjonale debatt

Som jeg har vist, var det en kontinuerlig diskusjon i 1700-tallets siste tre tiår om hvorvidt sykestuer/sykehus eller omreisende leger var den beste måten å bekjempe radesyken på. Denne diskusjonen, for og i mot omreisende leger, små sykehus på landet eller større sykehus i byene, er en diskusjon som trer rett inn i et av de mest omdebatterte medisinske spørsmål i samtiden: Hvordan skulle man få de syke best helbredet? Det var nå ikke tvil om at medisinsk behandling nyttet, spørsmålet var hvordan man skulle få det til. Samtidens internasjonale debatt om behandling i sykehus versus ambulant behandling hjemme hos de syke var omfattende, og er oppsummert i den omfangsrike artikkelen under oppslagsordet ”Kranken-Haus” på hele 470 sider i Krünitz’ *Oeconomische Encyclopädie*.⁶⁵³ Artikkelen definerer sykehus slik:

Krankenhaus, das Haus, worin jemand krank liegt. In engerer und gewöhnlicher Bedeutung, ein öffentliches Haus, ein besonderes Gebäude, oder auch eine Anstalt, wo Kranke, insonderheit arme Kranke, verpflegt und curiret werden [...] Der Name Krankenhaus verdient im Deutschen vor allen gleichbedeutenden um deswillen

bruker begrepene om hvordan det ”moderne” sykehuset ”vokste frem”, men om vidt forskjellige perioder:

Moseng om slutten av 1700-tallet og Erichsen om begynnelsen av 1900-tallet.

⁶⁵³ Se Krünitz, *Oeconomische Encyclopädie*, bd. 47 [1789], s. 121-590.

den Vorzug, weil sein Begriff nicht so enge ist, als der von einem Lazareth, und nicht so vieldeutig wie der Ausdruck Hospital.⁶⁵⁴

I diskusjonen i Krünitz' leksikon forekommer en rekke av de argumenter vi allerede har møtt i forbindelse med radesyken. På den ene side argumenteres det for å behandle de syke hjemme. Der kan pasientene få kjærlig pleie av sine egne i kjente omgivelser. Det hyppigst fremførte argument mot sykehus, er at det var for kostbart. Ved ambulant behandling sørget de syke selv for kost og losji, og de kunne slippe besværlig reise til sykehuset. Dessuten kunne de fortsette sine erverv i den grad det var mulig, noe som var umulig ved innleggelse i sykehus langt fra hjemstedet.

Krünitz samling av artikler viser imidlertid at de langt fleste allikevel mente at sykehus var det beste, til tross for at det medførte høyere kostnader. Den danske legen Johann Gabriel Hensler, Struensees etterfølger som statsfysikus i Altona, konkluderte i avhandlingen *Ueber Kranken-Anstalten* med at selv om ambulant behandling hadde sine fordeler, var behandling på sykehus å foretrekke. Årsaken var ikke at behandling i sykehus i seg selv var bedre enn hjemmebehandling. Tvert i mot, dersom de syke fikk kjærlig pleie av noen som hadde kunnskaper nok om medisiner og kosthold, så ville det beste være behandling i pasientenes eget hjem. Skulle pasientene bli friske måtte medisinen gis til riktige tider og i riktig mengde, de syke måtte få god, næringsrik og sunn kost, og omgivelsene burde være luftige og rene.⁶⁵⁵ Hensler påpekte at hos de fattige kunne ikke noen av disse betingelsene oppfylles. Her rådet elendig kost, skitne klær, trangboddhet og et slitsomt liv. Men mest av alt: den elendige, stinkende luften, som tettet porene og motvirket kroppens naturlig helbredende krefter. For denne delen av befolkningen var sykehus en nødvendighet for effektiv helbredelse.

I *Klinikkens fødsel* argumenterte Michel Foucault for at sykehusene simpelthen var irrelevante før den medisinske klinikken ble etablert fordi sykdommen hadde sitt naturlige lokus i pasientens hjem, og ikke innenfor det kunstige sykehusmiljøet. Sykdomssessensen lot seg derfor vanskeligere erkjenne i sykehuset. "Like civilization, the hospital is an artificial locus in which the transplanted disease runs the risk of losing its essential identity".⁶⁵⁶ Kritikken av sykehusene gikk i stor grad ut på, fremholdt han, at de var kunstige steder der sykdommen ikke kunne fremtre på en naturlig måte og slik ikke lot sitt vesen komme til syne. Den kom ikke til syne i sin naturlige form. Det er altså epistemologiske argumenter Foucault

⁶⁵⁴ Ibid., bd. 47 [1789], s. 120.

⁶⁵⁵ Philipp Gabriel Hensler, *Ueber Kranken-Anstalten* (Hamburg: 1785). Sisert fra utdrag av samme i Krünitz; Krünitz, *Oeconomische Encyclopädie*, bd. 47 [1789], s. 121-145.

⁶⁵⁶ Foucault, *The Birth of the Clinic*, s. 17.

mener ligger bak motstanden mot sykehusene på denne tiden. Men det som fremkommer her, i disse diskusjonene vedrørende omreisende leger og sykehus, er en langt mer pragmatisk diskusjon. Hverken hos Hensler eller i den 450 sider lange artikkelen om sykehuset i Krünitz, forekommer argumenter knyttet til epistemologi. Et eksempel er referansen til John Aikins. Aikins fremførte i 1771 det for ettertiden herostratisk berømte argument om at sykehusene utgjorde ideelle steder for ”eksperimentell praksis”: “Hospital patients” sa Aikins, “are on several accounts the most proper subjects of an experimental course. Accustomed to obey orders, and the confinement to strict regulations of diet and regimen are advantages not to be had in an equal degree in private practice.”⁶⁵⁷ I omtalen av Aikins i Krünitz artikkel er det imidlertid Aikins forsvar for sykehuset som arena for medisinsk behandling som blir referert, ikke hans epistemologiske argumenter. I mitt materiale har jeg ikke noen steder funnet argumenter for at radesyken lar seg erkjenne vesentlig annerledes, i pasientenes egne hjem enn i sykehusene. Tvert imot ble det argumentert på et grunnleggende pragmatisk, politisk og økonomisk nivå: Hvor kan helbredelse best finne sted, hvordan kan vi få disse pasientene snarest mulig tilbake til samfunnet? Det skyldes ikke at sykehusene på dette tidspunkt hadde etablert seg som selvfølgelige steder for behandling av syke mennesker. Tvert imot var dette en tid der man i Tyskland så vel som i Danmark-Norge, formulerte muligheten av slike steder for første gang.

Michel Foucault hevdet at det var den individualiserte tilnærming som umuliggjorde tanken om behandling i sykehus.⁶⁵⁸ Men her fremstår det snarere motsatt. Nettopp den individualiserte tilnærming, som Foucault mente utelukket sykehus som åsted for behandling av de syke, fremheves her som årsak til at sykehus bør opprettes. For bare i sykehuset kunne sykdomsårsakene unngås, bare der kunne behandlingen individualiseres. Den finstemte individualiserte behandling forutsatte ikke bare at pasientene tok sine individuelt forskrevne medisiner slik de ble anvist av legen, den impliserte også et omhyggelig kostholdsregime som de syke ikke selv kunne opprettholde hjemme hvis de var fattige. De angivelig fordomsfulle praksiser de syke omga seg med på landsbygda kunne også forstyrre den ideelle behandling, mente legene – ikke bare lot de seg årelate etter eget forgodtbefinnende, de kunne også finne på å innlate seg med kvakksalvere – praktikere som nettopp ikke tok hensyn til de individuelle variasjoner, men gav samme behandling til alle pasienter.⁶⁵⁹

⁶⁵⁷ John Aikin, *Thoughts on Hospitals. With a Letter to the Author by Thomas Percival* (London: Joseph Johnson, 1771), s. 79-80.

⁶⁵⁸ Foucault, *The Birth of the Clinic*, s. 15.

⁶⁵⁹ Deler av denne teksten er også gjengitt i den 450 siders lange artikkelen som sammenfatter tidens offentlige debatt om fortjenesten av sykehus i Krünitz *oeconomische Encyclopedie*, Bd. 47, Berlin 1789, s. 120-587.

Sykehusene var altså et svært aktuelt tema i samtiden. Opprettelsen av de første sykehus med kurativ intensjon er ikke unikt for Norge, men skriver seg inn i en bred internasjonal kontekst. Det unike med sykehusopprettelsen i Norge er dens umiddelbare foranledning, nemlig radesyken. Sykehusetableringen ble innledet med et kort og etter alt å dømme mislykket prosjekt i Kristiansand fra 1763-1765. Deretter fulgte Stavanger i 1773, Bratsberg i 1774, Flekkefjord i 1776, og Mandal i 1777. I det som følger skal jeg gå nærmere inn på de tiltak som ble iverksatt blant annet som følge av de debatter jeg hittil har skissert. Innledningsvis skal jeg gi et grovt riss av selve sykehusopprettelsen i Kristiansand stift på 1700-tallet.

3.2. Sykehusenes opprettelse

Det tidligste radesykehuset vi kjenner, er radesykehuset i Kristiansand, som ble opprettet ved kongelig resolusjon av 18. mai 1761.⁶⁶⁰ Stiftsamtmannen leide rom til sykehuset i byen. Sykehuset hadde plass til 40 pasienter, men bare tre lå der ved nedleggelsen.⁶⁶¹ Den første lege ved sykehuset, dr. Storm, ble ansatt ved resolusjon av 17. mai 1762. Antagelig rakk han aldri å tiltre, for han fikk ny stilling i mellomtiden.⁶⁶² I september ble dr. Lessing beskikket på samme vilkår, men med det tillegg at han skulle meddele Collegium Medicum "historiam morbi og hans Methodum modendi". Han begynte tidligst i mars 1763, og døde allerede i oktober samme år.⁶⁶³ "Studiosus medicinae" C.E. Mangor overtok etter hans død og ble ved sykehuset til det ble opphevet ved resolusjon av 3. desember 1765. Mangor skrev i en senere beretning at han hadde vært ansatt ved radesykehuset i Kristiansand i 20 måneder, og i løpet av den tiden hatt 51 syke, i tillegg til mange han hadde behandlet utenfor sykehuset. Av de 51 var 28 fullkomment kurert, 17 døde, og seks hadde forlatt sykehuset før tiden. Et begredelig resultat, som i følge Mangor hovedsakelig skyldtes at sykehuset var dårlig innrettet for de sykes pleie. I arkivet foreligger bare spredte regnskaper, men en sekretær fra rentekammeret

⁶⁶⁰ Sykehuset ble eksplisitt innrettet etter forbilde av "Fokkefjerdningen", sykehuset for venerisk syke i Oslo. Sykehuset, som skulle være for Christians og Akershus amt, ble opprettet ved kongelig resolusjon ved rentekammeret av 22.4.1755. Kopi av reskriptet ligger i SAK, Stiftamtmanden i Kristiansand, 1734: Regnskaper og presteattester ang. radesykehuset i Kristiansand. Det var opprinnelig planlagt tre sykehus (om sykehus er den opprinnelige termen i reskriptet eller om det er føyd til senere fremgår ikke) foruten det i Kristiania, nemlig i Moss og i Drammen, men de siste ble ikke noe av. Sykehuslegen, Peter Sundius, uttalte til radesykekommissjonen i 1778 at han ikke hadde sett noen radesyke pasienter i sine 25 år som sykehuslege ved Fokkefjerdningen. RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165. I perioden 1756-66 ble det her i alt behandlet 1369 pasienter, hvorav 1193 ble utskrevet som helbredet. Knut Sprauten, *Byen ved festningen*, bd. 2 i *Oslo bys historie*, (Oslo: Cappelen, 1992), s. 380.

⁶⁶¹ Steen, *Kristiansands historie*, s. 486.

⁶⁶² Ibid.

⁶⁶³ Han døde 19.10.1763: SAK, Stiftamtmanden i Kristiansand, 1734: Regnskaper og presteattester ang. radesykehuset i Kristiansand: regning over Lessings tilgodehavende fra 12. mai 1764.

skrev til radesykekommissjonen i 1778 at det fremgikk av regnskapene at ca. 40-50 personer har vært innlagt i sykehuset, hvorav noen var døde. Sykehuset hadde kostet kongen 2106 rd, hvor den kongelige kasse ennå hadde til gode 1074 rd,⁶⁶⁴ "[m]en om dets nytte ingen vished" konkluderte rentekammerets sekretær.⁶⁶⁵ Siden sykehuset kun var tenkt som "et forsøg" på fire år, så nedla man sykehuset i 1766. "Akterne" viser, forteller den anonyme referenten, "at almuen til Slutningen aldeles ingen meere fortroelighed havde til dette Sygehuus, da de fleste derfra udkomme igien vare angrebne af Sygdommen".⁶⁶⁶

Radesykehuset i Stavanger var det første i en serie på fire sykehus som ble etablert mot radesyken på 1770-tallet, og dets forhistorie er allerede beskrevet. I reskript av 3. juni 1773 ble det bestemt at at sykehuset skulle være for 25 til 30 personer, for de "meest besmittede". Kuren skulle besørges av Henrik Steffens og assistent Tychsen. Lønningene vedble som de hadde vært for de to mens de hadde virket som ambulerende kirurger, Steffens med 400 riksdaler årlig og Tychsen med 100 riksdaler årlig. Reskriptet inneholdt også en ordre om at de syke man fant uhelbredelige skulle isoleres fra friske "for at forekomme Smitte". Det ble lagt til at ingen måtte få forlate sykehuset med mindre legen hadde forvisset seg om at de var fullkomment helbredet slik at sykdommen ikke igjen skulle bryte ut. Omkostningene for sykehuset skulle legges på hele stiftet, kjøpstedene så vel som landet.⁶⁶⁷ Kontrakt skulle ikke slutes for mer enn et år, etter det skulle ordningen revideres. Allerede før sykehuset hadde åpnet, hevdet amtmann Scheel i Stavanger at den store sum sykehuset årlig kostet ble umulig for amtet å utrede.⁶⁶⁸ De to første årene hadde Steffens 70 pasienter inne til behandling, 35 kvinner og 35 menn. 11 var døde, ingen ennå utskrevet som uhelbredelige. Sykehuset i Stavanger var gjenstand for kontinuerlig misnøye både fra amtmenn og bønder gjennom hele 1770-tallet,⁶⁶⁹ en misnøye som var en av de viktigste beveggrunnene bak opprettelsen av radesykekommissjonen i 1778.

⁶⁶⁴ J. Holberg fra rentekammeret til radesykekommissjonen 22.1.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁶⁶⁵ Udatert anonymt referat fra ca. 1790. RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁶⁶⁶ I forbindelse med opprettelsen av sykehuset i Flekkefjord hevdet stiftsamtmannen dette var fordi det var så mange som ble syke igjen etter avsluttet behandling i sykehuset: "maatte det nøye paasees, at de, som udgikk af Sygehuuset som curerede, var saaledes til Sikkerhed helbredede, at ikke Sygdommen igien skulle bryde ud, en Omstændighed, som mand paastaaer meere end eengang yttrede sig, da her for en halv snees Aar siden var et Sygehuus i Christiansand, thi skulle denne bdrøvelige Følge existere, saa ville ald Møye og Omkostning være spildt, og denne elendige Sygdom aldrig ophøre." Stiftamtmann Hagerup til amtmann Holm 26.3.1776: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165. Se også amtmann Holm i brev til stiftsamtmannen 10.7.1775: "den for nogle aar siden her var i Christiansand til ingen anden nytte end betydelige Udgifter": samme sted.

⁶⁶⁷ Pro Memoria til stiftamtmannen, 11.11.1773: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁶⁶⁸ Amtmann Scheel i brev av 24.7.1773: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165

⁶⁶⁹ Se f.eks. gjentatte brev fra Scheel. Foruten det ovennevnte også 24.7, 18.8, 17.12, alle i 1774 og 26.4 og 7.11.1777, samt bøndernes klage på sykehusskatten 23.12.1775. Sogneprest Fasting oppsummerte situasjonen slik i et brev til radesykekommissjonen: "Hvilke Pengesummer er der ikke uden Nytte smeltede bort i Stavanger-amt i

Fra Bratsberg kom det også meldinger om at sykdommen grep om seg,⁶⁷⁰ og ved reskript av 24. august 1774 ble det bestemt at et sykehus skulle opprettes i amtet.⁶⁷¹ Johannes Møller, som i reskript av 6. oktober 1773 hadde blitt ansatt som landfysikus i Skien by med forsteder og Bratsberg amt, skulle ha overoppsynet med sykehuset.⁶⁷² Til å hjelpe seg skulle han få en assistent.⁶⁷³ Legen skulle få åtte riksdaler for hver pasient som ble helbredet, det halve for de som døde, mot at han selv holdt medisiner. De som fikk tilbakefall skulle han behandle gratis. De som av ”gyldige Aarsager” ikke kunne komme til sykehuset skulle behandles i sine hjem. Forskudd skulle skje av den kongelige kasse, men utgiftene fordeles på amtet, og til å lette finansieringen kunne en kollektbok ombæres. De som ikke kunne betale, skulle behandles gratis, mot prestens attest.⁶⁷⁴ En undersøkelse av den bevarte pasientprotokollens tre første år, viser imidlertid at det bare unntaksvis forekommer at noen betaler noe, de aller fleste (i overkant av 9/10) har attest fra amtet om at de skal få gratis behandling.⁶⁷⁵ En journal skulle holdes over de sykes navn og dato for innleggelse. Til forskjell fra for sykehuset i Stavanger, ble det ikke presisert noen prøveperiode. Sykehuset ble, etter omfattende stridigheter vedrørende plasseringen, lagt til Osebakken utenfor Porsgrunn. Det ble nedlagt i 1830. Pasientprotokoll for sykehuset finnes fra 1778.⁶⁷⁶ De to første årene hadde sykehuset behandlet 162 pasienter, 121 av disse var kvinner. Av disse var 33 pasienter over 40 år, 93 under 25 år og 36 mellom 25 og 40 år. Seks av dem ble skrevet ut som uhelbredelige, og 13 døde. I perioden 1778 til 1822 behandlet sykehuset i alt 3509 pasienter. Av disse ble 2916 pasienter skrevet ut som helbredet, 267 døde i sykehuset, og 54 ble skrevet ut som uhelbredelige. Pasientene kom i all hovedsak fra øvre og nedre Telemark. Flest pasienter kom fra Gjerpen (477), Bamble (357), Seude (200), Tinn (191), Solum (189), Holden (178), Hitterdahl (146), og Drangedal (89).

en meget kort Tid, men til hva Nytte? Intet! Uden at sætte folk i Urolighed.” 5.7.1778. RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk. 165.

⁶⁷⁰ Brev fra amtmann Hoel av 27.9.1773: Samme sted.

⁶⁷¹ Thurmann, *Samling af Love, Forordninger, kongelige Rescripter og Resolutioner*, s. 39-40. Reskriptet er uvanlig detaljert, og foreligger i en forkortet form hos Thurmann. En kopi av det opprinnelige reskriptet (samme dato) ligger i: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁶⁷² Om Møllers beskikkelse, se reskript av 6.10.1773. Han skulle få 300 rd. i årlig lønn mot å behandle de fattige gratis. Lønnen skulle fordeles på Skien og borgerne i forstedene (106 rd.), amtets verdslige og geistlige betjenter 102 rd., og på landet 117 rd. Jfr. Ibid.

⁶⁷³ Assistenten ble Christian Radisch, som ble tilkjent 100 rd. i årlig lønn. I 1778 overtok han også forpleiningen ved sykehuset.

⁶⁷⁴ Reskriptet detaljerer fire undeklasser: de som er i stand til å betale alt selv, de som bare kan betale halvparten, de som kan betale en fjerdedel, og ”alle de fattige”, som ikke skal betale noe.

⁶⁷⁵ Undersøkt er årene 1778-1881. Jfr. den digitaliserte pasientprotokollen for Bratsberg sykehus, i digitalarkivet: <http://digitalarkivet.uib.no/cgi-win/webcens.exe?slag=visbase&filnamn=sy06001778&spraak=n&metanr=2796> [oppsøkt 31.6.08]. Se også Håndlykken, ”Det begynte med Radesygehuset på Aase-Backe.” Bratsberg Amts Radesygehus 1776-1884.”

⁶⁷⁶ De følgende tall er hentet fra den digitaliserte pasientprotokollen. Ibid.

21. desember 1775 kom det resolusjon om at et sykehus skulle opprettes også i Flekkefjord.⁶⁷⁷ De dramatiske foranledninger har jeg allerede beskrevet. Det var amtmann Holm i Lister og Mandal som hadde tatt initiativ til sykehuset, idet byen etter hans mening var utsatt for en ”alminnelig Contagion” fordi pasienter hadde ”strømmet” i mengder til byen etter Deegens ankomst. Utgiftene skulle igjen forskutteres av den kongelige kasse mot senere å bli erstattet, men det var ikke bestemt hvorvidt utgiftene skulle lignede kun på Kristiansands stift eller på hele Norge. Det het i reskriptet at det skulle kjøpes et hus med plass til 20 pasienter, men fordi det ble ansett gunstig at legen bodde i nærheten av sykehuset ble det bygget et hus på Deegens tomt, etter hans tegninger.⁶⁷⁸ I motsetning til i Bratsberg skulle behandlingen være gratis for ”alle af Bondestanden og andre Fattige”, uten hensyn på formue, men hvis noen døde under behandlingen skulle utgiftene for behandlingen trekkes fra det som måtte være igjen i dødsboet.⁶⁷⁹ I sykehusets to første år tok det imot 63 pasienter. Av disse var 24 menn og 39 kvinner. 18 av pasientene var over 40 år, 27 var under 25 år, og 18 var mellom 25 og 40 år. 40 av dem var blitt utskrevet som helbredet, og fem var døde.⁶⁸⁰ I januar 1842 fikk sykehuset status som amtsykehus, før den tid skulle strengt tatt bare radesyke få behandling ved sykehuset. I tillegg til sykehuset som da var reist, var det bygget et nybygg i 1809-10, mens den gamle hovedbygningen fikk stå til 1829, da den ble revet.⁶⁸¹

13. mars 1777 ble amtmann Holm i Lister og Mandal amt underrettet i brev fra stiftsamtmannen om at det skulle etableres et subchirurgikat for Honoratus Bonnevie i Mandal. Mot en årlig lønn på 100 rd. skulle han behandle de fattige gratis. Pasientene skulle behandles i hans hus i en dertil innrettet sykestue med plass til seks personer,⁶⁸² og for dette skulle han få betalt et tillegg på ti riksdaler for hver pasient han helbredet, fire for de som døde under kuren eller måtte skrives ut igjen uhelbredet, og ingenting for de som innen et halvt år ble syke igjen. De han behandlet utenfor huset skulle han som før få åtte rd. for Sykehuset skulle ta imot de pasienter som enten hadde for lang vei til Flekkefjord, som ikke hadde fått plass i sykehuset der, eller som var for skrøpelige til å komme seg dit. Han skulle

⁶⁷⁷ Thurmman, *Samling af Love, Forordninger, kongelige Rescripter og Resolutioner*, s. 41-42.

⁶⁷⁸ Se Deegens „Plan zur Errichtung eines Krankenhauses in Flechefiord“ av 8.2.1776: SAK, LMA, Flekkefjord sykehus 321. 18.8.1772 følger brev der han forteller at bygningen går etter planen, og er reist „bis auf Dach“: Samme sted. Se også amtmann Holms redegjørelse for dette til stiftsamtmannen: SAK, LMA, Kopibok 20 1771-77, s. 294.

⁶⁷⁹ Hans Peter Kronborg ble ansatt som spisevert, forretningsfører og kasserer. Kronborg var bartskjærer og parykkmaker, og hadde bodd i Flekkefjord siden 1767. Jfr. Morten Ringard, *Flekkefjords historie* (Oslo: Cammermeyer, 1942), s. 89. Ringard forteller også at ”det gikk svært dårlig for denne Mannen”, idet han døde som fattiglem på sykehuset i 1815.

⁶⁸⁰ Div. pasientlister fra Henrik Deegen 1776-1778: SAK, LMA, Flekkefjord sykehus 321.

⁶⁸¹ Olav Arild Abrahamsen, *Flekkefjord på 1800-tallet: fra sild til sålelær*, bd. 1 i *Flekkefjords historie*, (Flekkefjord: Flekkefjord sparebank, 1987), s. 54.

⁶⁸² I 1779 var dette antallet økt til 12, og i 1792 var det 15 sengeplasser i sykehuset.

som subchirurgus stå under overoppsyn av Henrik Deegen i Flekkefjord.⁶⁸³ Fra 1777 til 1787 behandlet Bonnevie 386 pasienter ved sykehuset – 218 kvinner og 168 menn. 357 ble utskrevet som helbredet, 24 som uhelbredelige, og seks av dem døde.⁶⁸⁴

I det som følger skal jeg diskutere hvorvidt, og i så fall på hvilken måte disse sykehusene kan sies å være medisinske arenaer.

3.3. Medisinske arenaer?

Disse institusjonene ble ikke på noe tidspunkt omtalt som pleieinstitusjoner. De syke skulle til radesykehusene for behandling eller avsondring, ikke for å gis omsorg og pleie. I reskriptet som forordnet opprettelsen av sykehuset i Stavanger het det at de ”meest besmittede” skulle innlegges i sykehuset, og at deres behandling skulle besørges av legene Steffens og Tychsen. De uhelbredelig syke skulle avsondres fra de andre. Det er behandling som skal finne sted, men formålet med avsondring er kanskje like tydelig, det er de sykeste som skal innlegges, og de skal beholdes på sykehuset til man er overbevist om at de ikke er smittebærende. I reskriptet som beordrer opprettelsen av sykehuset i Bratsberg, heter det: ”det vil være fornødent, for at see de med denne sygdom beladte mennesker helbredet, og forekomme sammes videre udbredelse, at et sygehuus der i amtet bliver foranstaltet opbygget”.⁶⁸⁵ Siktemålet var altså todelt: dels skulle sykehuset helbrede de syke, dels skulle det hindre sykdommens videre utbredelse. Innledningen av reskriptet til Flekkefjord preges av den opprinnelige beveggrunnen, nemlig at byen var truet av en ”almindelig ”contagion”.⁶⁸⁶ Først lenger ned blir det presisert at ”Cuur og Underholdning” skulle være gratis. Det var imidlertid tydelig allerede i Collegium Medicums svar til amtmann Holm etter dennes dramatiske brev, at det var behandlingen som var viktigst: Forslaget om innrettelsen av et sykehus kunne de

paa det kraftigste understøtte, da man udendes altid har anseet Hospitalers Oprettelse for det sikreste Middel til denne farlige Sygdoms ordentlige og fuldkomne Cuur, efterdi den Maade at curere den adspredt og hiemme i deres egne Huuse er langsom og utilstrekkelig, og derhos underkastet Vanskeligheter og Hindringer[.]⁶⁸⁷

Sykehusene hadde altså en kurativ intensjon. Det viser seg også i den videre driften.

Sykehusene var ikke pleieanstalter. De skulle ikke ta inn uhelbredelige syke, og det ble

⁶⁸³ SAK, LMA, 330 Mandal sykehus 1776-1793. Overoppsynet ble det nok ikke noe særlig greie på, se f.eks. sykelliste fra Bonnevie til von See for påtegning den 5.6.1779 samme sted.

⁶⁸⁴ Finn-Einar Eliassen, *Den forindustrielle byen: ca. 1500-1850*, bd. 2 i *Mandal bys historie*, (Mandal: Mandal kommune, 1995), s. 595. Carl Birger van der Hagen skrev i sin tid en oppgave over radesykehuset i Flekkefjord basert på sykehusarkivet, der han går grundigere inn på den løpende korrespondanse mellom Deegen, inspeksjonen ved sykehuset og amtmannen vedrørende enkelte pasienter. van der Hagen, ”Belys med et eller flere eksempler de medisinske og administrative forhold ved norske sykehus i det 18de eller 19de århundre”.

⁶⁸⁵ Thurmman, *Samling af Love, Forordninger, kongelige Rescripter og Resolutioner*, s. 39.

⁶⁸⁶ *Ibid.*, s. 41.

⁶⁸⁷ Collegium Medicum til Amtmann Holm av 15.8.1775: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

gjentatte ganger presisert til legene at hver enkelt pasients opphold i sykehuset ikke skulle overskride seks måneder.⁶⁸⁸ Dette har nok like mye økonomiske som medisinske årsaker. I Stavanger hadde amtmann Scheel kontinuerlige problemer med å få allmuen til å betale tilbake det kongen har forskuttert i utgifter. Han skrev derfor til kanselliet og ba om at spedalske og andre inkurable ikke skulle inntas i sykehuset.⁶⁸⁹ Anmodningen ble fulgt opp i et brev fra det Danske Kanselli til amtmannen i mai 1774, der det ble presisert at inkurable ikke på noen måte skulle inntas i sykehuset.⁶⁹⁰ Medisinske argumenter og økonomiske argumenter er altså ikke så lett å skille fra hverandre. Egen ”incurable”-stue får Flekkefjord for øvrig i 1782.

Forskjellen vedrørende institusjonens formål er påfallende når man leser Georg Wilses brev til radesykekommissjonen i 1778 vedrørende ”øiemerket” ved St. Jørgen sykehus:

Øiemerket Betreffende, da viiser vel Hospitalets Fundatz Cap 3 Artl 4 at det for een deel haver været, at de friske ikke af de syge skulle besmittes og derfor Cap 5 Art 4 tillades ei at løbe ud i Byen, men skal blive inden Hospitalets Grændser, ligesaa man endnu endel Stæder paa Landet er saa bange for dem, at de ey faar være i Huus med andre og man ey tør komme dem nær, og derfor naar de vil give dem noget lægger det paa Marken, og derefter raaber til den Syge at han skal tage det. Børn bliver til Væmmelse for Forældre og holder sig fra dem og Forældre ligesaa fra Børnene. Dernæst er og Øiemærket, at disse ellers nok ulykkelige Mennesker i deres Elendighet kunde henlogeres at Almuen kunde betages frygt for dem, og de syge ei skulle have Aarsag at sukke over deres Menner, Paarørende og andre og maaske før Tiden forsmegte og crepere.

Som det fremgår var formålet med St.Jørgen minst tredelt: dels skulle de syke isoleres så de ikke smittet de friske (hvilket ikke ble gjennomført på St. Jørgen i særlig stor grad, pasientene fikk gå relativt fritt),⁶⁹¹ dels og kanskje viktigst skulle de friske forskånes fra synet av de syke, og endelig skulle de syke få sitt nødvendige opphold når ingen andre kunne gi dem det. Det er noe helt annet som trer inn i og med radesykehusene. Her er det behandlingen som står i forgrunnen. Radesykehusene var først og fremst institusjoner der pasientene skulle bli friske, slik at utbredelsen kunne hindres.

En intensjon om helbredelse lå altså til grunn for de nye institusjonene. Hvordan kom dette til uttrykk i selve utformingen og sykehusets praksis? Det vil fremgå nedenfor at de nye institusjonene, i motsetning til de gamle hospitalene, var grunnleggende medikalisert, idet alt fra bygningens utforming til pasientenes kost og renholdet av bygget ble underlagt medisinske føringer.

For det første gjelder dette legens rolle som iverksetter og ubestridelig autoritet i de nye institusjonene. De gamle hospitalene var sosiale institusjoner. De fleste hadde sporadisk

⁶⁸⁸ Se diverse brev til sykehuslegene, f.eks. 27.12.1776 til Henrik Steffens. Samme sted.

⁶⁸⁹ Amtmann Scheel til det Danske Kanselli, 19.2.1774: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁶⁹⁰ Det Danske Kanselli til amtmann Scheel 7.5.1774: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁶⁹¹ Jfr. Blom et al., ”*De fattige Christi lemmer*”.

legetilsyn i form av en stadsfysikus eller en kirurg, men det var svært sjelden at legen spilte noen større rolle i institusjonen.⁶⁹² I radesykehusene er dette annerledes. Som vi har sett ble det ikke kjøpt noe eget bygg til sykehus i Flekkefjord slik reskriptet hadde forordnet. I stedet skulle Deegen selv tegne og få bygget et hus på sin egen tomt. Grunnen var, i følge inspektøren ved sykehuset, at ”det bliver saa meget bædre, at hand kand faae de Syge i nærværelsen hos seg, paa det hand i fornøden fald kand strax, enten det er Nat eller Dag, tilsee dem, saa tror jeg, at det bliver raadeligst, at Sygehuuset bliver opbygd paa hans Grund, strax ved hans Vaaningshuus.”⁶⁹³ Deegen stod selv siden for den videre planlegging av bygget.⁶⁹⁴ I Bratsberg amt var det landpysicus Johannes Møller, den samme som skrev den første radesykeavhandlingen, som var initiativtaker til sykehuset.⁶⁹⁵ Hans begrunnelse var at det var umulig for en lege å nå ut til de syke i hele amtet. Dessuten sikret sykehusinnleggelse tilbørlig pleie, et godt kosthold og tilsyn med medisineringen. I reskriptet ble han tillagt ”Opsigten og den medicinske Direction over dette Sygehus”.⁶⁹⁶ Legen går også igjen på en rekke punkter i reskriptet, blant annet skal den som påtar seg de sykes pleie sørge for å gi de syke mat ”ret efter Doctorens Instrux og overenstemmende med hans Cuurer”.⁶⁹⁷ ”Doctorens Tilsyn og Begiering” skulle også bestemme renhold av sykehuset, frekvens på bytting av halm i sengene og størrelsen på matforrådet. Den daglige drift var altså underlagt en medisinsk kontroll – sykehusene var ikke bare steder der medisiner skulle administreres, hele sykehusets daglige liv var innrettet på behandling av de syke.

Stavanger sykehus hadde, som jeg har vist, en litt annen forhistorie. Her var det opprinnelig stiftsamtmannen som førte initiativet. Men en rekke ganger kom legene Cron, Steffens og etter hvert også Deegen med selvstendige uttalelser hvor de hadde sterke meninger både om hvor sykehuset skulle ligge og hvordan innretningen skulle være. At legen også her fikk en sentral rolle i selve institusjonen ser vi av kontrakten Steffens laget med *Oeconomicus* ved sykehuset. Pasientenes kost er detaljert ned til det minste måltid, Steffens skal bestemme hvor ofte lakenene skal vaskes i henhold til de enkeltes behandlinger. Han fungerer også som leder for de andre ansatte i sykehuset: ”Det bliver ey tilladt at Oeconomus betiener sig af Opvartersken til andre Forretninger end det der henhører til Hospitalet og da deri sig opholdende Syges opvartning, hun maae bestandig opholde sig i Sygehuuset og ey

⁶⁹² Reknes sykehus er muligens et unntak her, i hvert fall hadde de fast kirurg ansatt fra 1736.

⁶⁹³ Schönning til amtmann Holm, 13.1.1776: SAK, LMA Flekkefjord sykehus 321.

⁶⁹⁴ Se f.eks. ”Plan zur Einrichtung eines Krankenhauses“, av 8.2.1776. SAK, LMA Flekkefjord sykehus 321.

⁶⁹⁵ Møller til Danske Kanselli 4.8. 1773: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165. Se også Moseng, *Byen i emning*, s. 185; Tønnessen, *Porsgrunns historie 1. Fra lasteplass til kjøpstad 1576-1807*, s. 552.

⁶⁹⁶ Jfr. Wessel Berg, *Kongelige Rescripter, Resolutioner og Collegial-Breve for Norge: i Tidsrummet 1660-1813*, II, s. 594-5.

⁶⁹⁷ Reskript til amtmannen i Bratsberg av 24.8.1774: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

forlade samme, uden Lægens tilladelse.”⁶⁹⁸ Legene er også fysisk nærværende i sykehuset, og besøker sine pasienter opptil flere ganger om dagen.⁶⁹⁹ Disse sykehusene har altså blitt et sted der legen har fått en sentral plass, både som iverksetter, som driftsansvarlig og som den som qua medisinsk ekspert har ansvar for institusjonens liv.

Men også den konkrete arkitektske utforming har ofte medisinske begrunnelser og blir bestemt av legen. Sykehusene i Bratsberg og Flekkefjord tegnes av henholdsvis Møller og Deegen. I reskriptet til Bratsberg het det at sykehuset skulle bygges av godt norsk tømmer, på stengrunn, og på et ”efter beste skiønnende sunnest og beqvemmost Sted”. Allerede i reskriptet ble det altså angitt at sykehuset skulle legges på et sunt sted. Det er neppe tilfeldig. I den tidligere artikkelen om sykehus i Krünitz’ leksikon heter det at noe av det viktigste for et sykehus var en gunstig lokalisasjon. Det skulle ligge fritt, og være luftig, tørt, og tilstrekkelig stort. Derimot skulle det for all del ikke legges til sumpete områder, eller områder med stående vann som kunne råtnes.⁷⁰⁰ I Bratsberg ble det også presisert at det skulle bygges to små hus til ”secret”, et for de syke og et for de friske ”paa de Steder, hvor det kunde findes mest beqvem, og mindst anstikkende for Sygehuuset.”

Selve sykehusbygningen skulle deles i to med en midtgang mellom, og på den ene side skulle det være fire pasientrom. Vinduer skulle borge for lyset, og en kakkelovn i hvert rom for varmen. To av rommene skulle være for de dårligste pasientene og de som var i den ”hæftigste Cuur”, et for hvert kjønn. De to andre skulle være for mindre dårlige og ”convalescerende” syke. På den andre siden av midtgangen og i den andre enden av huset skulle kjøkkenet være. Endelig tilkom et eget rom for medisiner og et værelse til ”Doctorens tjeneste”, hvor ”inspectionene ved de syges uud- og indskrivelse, med viidere kunde skee.” Det uvanlig detaljerte reskriptet foreskriver også innkjøp av instrumenter for tilberedelse av medisiner: stempotter for å tilberede dekokter, kanner for å oppbevare dem og spesialskjeer (av tinn, ikke av tre), og kopper for å innta dekokten.

Det er tydelig at selve husets utforming er bestemt av en medisinsk praksis. Rommene er oppdelt i henhold til medisinske funksjoner. Dette er ingen arkitektur som privilegerer betraktningen – det er ikke slik at rominndelingen bestemmes av en nosologisk orden, slik at forskjellige typer av radesyke tildeles forskjellige rom. Snarere kan den medisinske behandling sies å være det arkitektoniske oppdelingsprinsipp. De ulike rom konstrueres ut fra

⁶⁹⁸ Steffens’ kontrakt med Oeconomicus ved Stavanger sykehus av 20.8.1773: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁶⁹⁹ Deegen i brev av 31.1.1778: SAK, LMA, Flekkefjord sykehus 321. Dette bekreftes også av inspeksjonen ved sykehuset.

⁷⁰⁰ Krünitz, *Oeconomische Encyclopädie*, bd. 47 [1789], s. 124-5

hvilke behov som finnes i de ulike trinn i behandlingen, og det er anvist egne rom til spesielle medisinske funksjoner, som medisintilberedning og undersøkelse av pasientene. I tillegg er det sikret tiltak for å forhindre spredning av sykdommen. Kjøkkenet hvor maten tilberedes skal ligge lengst mulig unna de sykes rom, atskilt med en gang, og det er forskjellige avtredder for de syke og friske. I Deegens plan for sykehuset i Flekkefjord foreslås to pasientstuer, en til de som er underlagt spyttekur og en større til de andre pasientene. Sykehuset har, i likhet med Bratsberg, et eget rom for tilberedelse av medisiner, samt et rom til undersøkelse av de syke, hvor pasienter med "heimlichen Gebrechen" kan bli inspisert og deres sår forbundet. Sammenlignes disse nye radesykehusene med andre institusjoner bygget på 1700-tallet blir kontrasten stor. Verken St. Jørgens hospital eller Reknes hospital hadde tilsvarende medisinske hensyn nedfelt i arkitekturen. I etableringen av Reknes hospital tidlig på 1700-tallet het det at sykehuset skulle ligge "paa et behagelig Sted og omgiven med Skov", men det var ingen angivelse av at det burde være et sunt sted.⁷⁰¹ Både St. Jørgen og Reknes fokuserte derimot på pasientenes åndelige omsorg, med sentralt plasserte kapeller i tilknytning til institusjonen.⁷⁰² I radesykehusene er dette fraværende.

For å oppsummere ble altså den terapeutiske intensjon materialisert i radesykehusenes arkitektur: Det interiør som ble spesifisert i disse tegningene var ikke lenger utformet for omsorg og pleie, men for terapeutisk handling. Sykehusenes rom var organisert for å gjøre sykehuset medisinsk effektivt. Alle faktorer som gjorde sykehuset farlig for sine pasienter og ikke minst deres helbredere, skulle ekskluderes. Dette fokus på arkitektur gjenspeiler samtidens diskusjon på kontinentet. Særlig i Paris var man på begynnelsen av 70-tallet blitt oppmerksom på at de store allmennsykehusene kunne være sykdomsfremkallende steder. Det kom derfor til i den internasjonale litteratur en rekke forslag om hvordan man skulle unngå at sykehusene skadet mer enn de gagnet. Arkitekturen ble helt sentral, idet den måtte utformes på en måte som minimaliserte slike problemer.

Som jeg viste i behandlingen av radesykelitteraturen, spilte kosten, som del av dietetikken, en sentral rolle i den medisinske behandlingen. Det er derfor sannsynlig at dersom disse sykehusene nå var steder primært for terapeutisk praksis ville dette også komme til uttrykk i institusjonenes planer for pasientenes bespisning. I hospitalene på denne tiden var det vanlig at pasientene fikk et lite underholdningsbidrag som de selv måtte kjøpe seg mat for. Slik var det for eksempel på St. Jørgen i Bergen, der man ennå kan se hver pasients skap for

⁷⁰¹ Strand, *Organisering av omsorg for spedalske under eneveldet: Reknes hospital 1708-1794*.

⁷⁰² Det hadde også en institusjon som London Locke hospital i London, som ble etablert på slutten av 1740-tallet. Jfr. Kevin Patrick Siena, *Venereal Disease, Hospitals, and the Urban Poor: London's "foul wards", 1600-1800* (Rochester, NY: University of Rochester Press, 2004).

matforråd på kjøkkenet. I radesykehusene er det annerledes. Allerede i instruksen til Bratsberg sykehus fremkom detaljerte forordninger om hvordan maten skulle serveres, og ikke minst hva slags mat dette skulle være. Den som påtok seg pleien av de syke ved sykehuset måtte ”forsyne de Syge med Mad og Drikke af meel og gryn Spise, Mælke Mad, frisk Kiød og suppe deraf, HaveGrønt med viidere” i overenstemmelse med legens behandling av de syke.⁷⁰³ I Stavanger skrev Steffens kontrakt med den som skulle påta seg ”oeconomien”. Her het det: ”Maden maa være ren og god, ikke seigt eller gammelt, men ungt Kiød maa bruges til Supperne”.⁷⁰⁴ I tillegg var det legen som utformet den konkrete kostplanen, som er gjengitt nedenfor:

	Søndag	Mandag	Tirsdag	Onsdag
Froekost	Smørrebrød eller grød	Grød	Smørrebrød eller grød	Grød
Middag	Fersk Kiød Suppe eller Suur Kaal, med eller uden Kiød efter Lægens Godtbefinende og et stykke Brød	Melke Velling og et Smørre Brød	Øll og brød med Smørrebrød.	Havre Suppe med for ist reistet Hvede Brød udi og Smørrebrød

Torsdag skulle de få det samme som søndag, fredag det samme som mandag, og lørdag det samme som tirsdag. I Flekkefjord sykehus ble pasientenes kost presisert nærmere i ”licitasjonsforretningen”. Her het det at ”Maden skal tilrettes slik at Lægen ikke skal finne noe at klage på”. Den skal videre bestå av: Bygg- eller havregrøt, Bygg- eller havresuppe, begge med litt sukker i, melkevelling, og kjøttsuppe med ”alle sortimenter Urter”.⁷⁰⁵ Det ble eksplisitt anført at pasientene ikke skulle få noe annet enn det de ble tillatt av legen, med trussel om straff dersom dette ikke ble etterfulgt av oppvartarsken.⁷⁰⁶ Denne detaljerte kostholdsanvisningen skiller seg i betydelig grad fra sykehuset for venerisk syke i Kristiania, som nøyde seg med å gi pasientene 8 shilling daglig til ”Underholdning”.⁷⁰⁷

På mange måter var det kosthold som ble foreskrevet i sykehusene en institusjonalisering av de kostholdsanbefalinger som ble gitt i radesyketekstene. For det første var det i sykehusenes kostholdslister et påfallende fravær av fisk, til tross for at fisk må ha

⁷⁰³ Reskript for Bratsberg sykehus av 24.8.1774, kopi i RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁷⁰⁴ Kontrakt mellom Steffens og Oeconomicus ved sykehuset av 20.8.1773, RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁷⁰⁵ Se også Deegens plan for opprettelse av sykehuset.

⁷⁰⁶ ”Opvartarsken maa og bestandig have Tilsyn med de Syge, at de ey faa noget, som ikke af mig er bleven tilladt, og naar hun skulle tillade Saadant eller og selv hente noget utilladeligt til Patienterne, saa kan hun vente sig efter Hr. Kammer-Junker Scheels godtbefindende, at blive straffet.” Steffens i kontrakt av 20.8.1773: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁷⁰⁷ Jfr. kopi av reskript som forordner opprettelsen av sykehuset i Fokkefjordingen fra 1755 i SAK, Stiftamtmannen i Kristiansand, 1734: Regnskaper og presteattester ang. radesykehuset i Kristiansand.

vært den mest tilgjengelige matvaren gitt sykehusenes lokalisasjon nær kysten. Dette hadde etter all sannsynlighet en medisinsk begrunnelse. Som jeg viste i omtalen av radesyketekstene var fisk, og da særlig rått fisk eller fiskeinnvoller, blant de faktorer som oftest ble fremhevet som radesykens årsaker. I disse sykehusene foreskrives derimot kjøttsuppe og kjøttbuljong, i tråd med de nye kostholdsanbefalingene. Kjøttsuppe og -buljong virket, som vi så, ved å tynne ut de seige væskene og kunne virket derfor ikke bare sunnhetsbefordrende, men også ofte direkte helbredende. Kjøtt var imidlertid noe allmuen i Norge sjelden spiste utenom slaktetid, i hvert fall hvis vi skal tro Henrik Pontoppidan. Spiste de kjøtt overhodet, var det i form av saltet eller tørket kjøtt, ikke ferskt kjøtt.⁷⁰⁸ Kostholdet innenfor sykehusene bestod altså av ikke av de matvarer som var lettest tilgjengelig og minst kostbart, og den var heller ikke allmuens daglige kost. Sannsynligvis utgjorde kosten snarere en del av det medisinske terapeutiske apparat, som et middel i pasientbehandlingen. I reskriptet til Bratsberg sykehus ble det fremholdt at "oeconomen" skulle holde "HaveGrønt". I Stavanger sykehus fremgår det av kontrakten Steffens utformet at det skulle være surkål en gang i uken, men friske grønnsaker var ikke spesifisert. I utgangspunktet gis den samme kost til alle, og det ser altså ikke ved første øyekast ut til at den individualiserte tilnærming som var nedfelt i radesyketekstene gjorde seg gjeldende i samme grad på sykehuset. Noe lenger ned i kontrakten ble det imidlertid presisert at "[n]aar Patientens Sygdom var af den Beskaffenhed, at Lægen fandt for godt, at gjøre nogen Forandring i den fastsatte Diæt, saa maa Oeconomus anskaffe alt hva dertil behøves". Til tross for den strengt skjematisk plan, ble det åpnet for at dietten kunne individualiseres i henhold til legens behandling.

Behandlingen som ble brukt på sykehusene tilsvarte også på mange måter de terapianbefalinger som ble gitt i tekstene om radesyken. I sine kurer benyttet Henrik Steffens innledningsvis antiskjørbutisk behandling som *Taraxacum Officinale* (løvetann), *Cochlearia* (skjørbuksurt), og *Trifolium Fibrinum* (bukkeblad), hver dag en skål full. To ganger om dagen fikk pasientene *decoctum mundificans* eller blodrensende dekokt. Det bestod av en blanding av gress og løvetann, guajaktre og furukongler.⁷⁰⁹ Hver åttende dag gav Steffens pasientene et laksermiddel, enten av jalapperot, søtt kvikksølv eller medisinsk rabarbra. Både det blodrensende dekokt, urtene og laksermidlene skulle tjene til forbedring av kroppsvæskene.⁷¹⁰ I de fleste tilfeller ville radesykelegene også gi kvikksølv, men bare etter at den

⁷⁰⁸ Pontoppidan, *Det første Forsøg paa Norges naturlige Historie*.

⁷⁰⁹ "[D]en täglichen gebrauche der Decoctum Mundificantium/: welche aus dem rad:Gramin:Taraxaci, Lign.Guajaci et Strobicul: pini bestehen:/"

⁷¹⁰ "[D]ie gewöhnliche zur verbeßerung ihrer Säfte dienlichen Mittel" Steffens til Collegium Medicum 29.6.1776: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

antiskjørbutiske behandling var overstått, fordi man antok at skjørbutiske pasienter ikke tålte kvikksølv.⁷¹¹ Deegen gav vanligvis sublimert kvikksølv, i form av piller (den såkalte indre kur), mens Steffens vanligvis appliserte kvikksølv i form av salve, den såkalte ytre kur. Av og til foreskrev også han kvikksølv til indre bruk, da i form av *Mercurium Dulcium*, eller det søte kvikksølv. Begge benyttet kvikksølv i slike mengder at spyttproduksjon oppstod. De understreket imidlertid at salivasjonen måtte være moderat for å unngå alvorlige bivirkninger. Imidlertid sa de også begge gjentatte ganger at dersom det fantes tydelige tegn på venerisk sykdom (sår på kjønnsdelene eller utflod), skulle salivasjonen være kraftigere. Et annet hyppig brukt medikament var *Laudanum Liquidum Sydenhami*, eller dråper som bestod av opium, kanel, kryddernellik og safran. Et par ganger brukte Steffens det såkalte *Theriaca Andromachi*, en sammensetning av 64 elementer. Medisinsammensetningen hadde sin opprinnelse i antikken, og var opprinnelig en slags antidot til slangegift, men ble fra middelalderen mer og mer brukt som en *panacea*.⁷¹² Antimonium ble brukt av alle sykehuslegene, enten som blodrensende eller som diaforetisk (svettedrivende) medisin, vanligvis i form av *Antimonium Crudum*. Kirurgene utførte også små kirurgiske intervensjoner, først og fremst hyppige årelatninger. Dertil tok de i bruk diverse prosedyrer for å sikre seg at det sykdomsfremkallende stoffet, *materia peccans*, kunne slippe ut. *Vesikatorier* ble applisert for å fremkalle blærer og *fontaneller* for å fremkalle kunstige sår. Sårene ble dekket med *digestivis*, et omslag som fremmet pussdannelsen i sårene, og varme omslag ble lagt for å få blodet til å akkumulere rundt såret slik at ansamlingen og dermed utslippet av de sykelige stoffer økte. Verken mengden av eller typen medikament var fastsatt på forhånd, men gjenstand for betydelige variasjoner i henhold til den enkeltes individuelle konstitusjon og sykdomstilfelle.

Også renslighet ble fremhevet ved sykehuset, og igjen skulle det skje i henhold til legens forlangende. I alle sykehusene ble det bestilt et sett bestikk og tallerkener til hver for å unngå at de syke brukte samme kar og smittet hverandre. I instruksen for sykehuset i Bratsberg ble det spesifisert at sengene skulle vaskes regelmessig ved utlufting og røyking, og *oeconomicus* var ansvarlig for å vaske pasientene og deres sengetøy, ”etter Doctorens Tilsyn og Begiering”. I kontrakten Henrik Steffens skrev med *oeconomicus* i Stavanger ble det presisert at lakenene skulle skiftes hver måned, og hver åttende dag skulle pasientene få rene klær. Eller så ofte, ”som jeg eller assistent-chirurgus Tychsen måtte finne det fornødent.” At

⁷¹¹ Se f.eks. Deegen, Pro Memoria av 27.3.1773. SAK, Stiftsamtmannen i Kristiansand, pakke 1271 Legers Brev 1744-1779..

⁷¹² Ackerknecht, *Therapeutics from the Primitives to the 20th Century*, s. 38.

dette ikke bare var et estetisk, men også et medisinsk argument, presiserte Deegen i sin plan, der han foreslo at sykehuset burde skaffe inn ekstra klær til de syke, fordi de sjelden hadde mer enn et skift klær:

Da es durch die Erfahrung bestätigt wird, daß die Reinhaltung um, und bey den kranken kräftig Hülfsmittel zur Beförderung der Cuur dieses Übels ist, und der Bauer nur selten mit mehr als eines Hembde versehen zuseyn pflegt, so wurde gewisst keinen geringen Nutzen daraus erwachsen, wenn daß Lazareth mit Idosin Mans- und 1 dosin Frauen Hembder versehen wurde, damit diejenigen welche in diesen Fache mangel litten, geholfen werden könnten.⁷¹³

Legen har fått makt og mandat til å utforme ikke bare selve sykehusbygningen, men også pasientenes kosthold og hverdag i sykehuset. Disse sykehusene er blitt medisinske arenaer.

3.4. Åsted for kunnskap?

Tilsynelatende er det mye som taler for at disse sykehusene også skulle ha en annen funksjon: å innhente systematisk observasjon vedrørende radesyken. Legenes forpliktelse til å rapportere sine observasjoner vedrørende sykdommens symptomer, dens behandlingsmåte, og utfallet av behandlingen, ble uttrykt tydelig helt fra begynnelsen, i instruksjonen til de ambulatoriske kirurgene av 1772. I instruksjonen, som ble kalt *Interims Instruction*, het det:

Naar Candidaterne have havt et tilstrækkelig Antal af Syge under Hænderne, maa de samtlig indgive til Colleg. Medic. en omstændelig Efterrettning ikke allene om Sygdommens Beskaffenhed i sine adskillige Grader men endog om de adskillige Cuur Arts Fordeel, Nytte, eller Inconvenience, samt om alt hvad der kand henføres til Oplysning om Sygdommens Aarsag, om Midler til at standse og udrydde den, og derefter skal de fra Collegio blive tilstillet en nøiagtigere Instrux, og forholdes Ordre.⁷¹⁴

Instruksjonen var altså midlertidig eller interim fordi den skulle revideres i henhold til den erfaring som ble gjort på de steder der sykdommen herjet. Denne intensjonen vedvarte for så vidt i sykehuset. Sykehuslegene var også forpliktet ikke bare til å føre bok over de syke, men også å sende dem til København regelmessig, sammen med regnskapene. Ved flere anledninger forlangte autoritetene i København flere observasjoner, flere fakta om symptomer, flere rapporter om behandlingens utcome etc. Som i nedenstående eksempel, der Collegium Medicum i brev til Henrik Steffens i Stavanger forlangte at han

statt der letzten eingegebenen Liste, über diejenigen mit der Radesyge behaftete Persohnen [...] eine andere einsenden soll, wobey die Symptomata und Grad der Krankheit eines jeden Patienten, so wohl wie auch die verschiedene Cuur Arthen und deren mehr oder weniger glücklichen Ausfall angezeigt seyn sollen.⁷¹⁵

⁷¹³ Se Deegens „Plan zur Errichtung eines Krankenhauses in Flechefiord“ av 8.2.1776: SAK, LMA, Flekkefjord sykehus 321.

⁷¹⁴ Interims Instruction for de til Cuuren af RadeSygdommen i Norge bestemte Candidater 16.6.1772: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁷¹⁵ Brev fra Collegium Medicum til Henrik Steffens av 18.7.1775: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

Etter deres mening var Steffens rapport mangelfull, nettopp på grunn av utilstrekkelige opplysninger vedrørende sykdommens karakter og dens behandlingsmåte. Skulle han motta refusjon for gitte utgifter måtte han forfatte en ny og langt mer detaljert liste, med grundige opplysninger om hver enkelt pasient. Og radesykelegene skrev, rapport på rapport, med redegjørelser over radesyken. Her var riktignok en blanding av økonomiske og medisinske incentiver: disse nitidige detaljene vedrørende sykdommens alvorlighetsgrad og deres behandlingsforløp virker vel så mye som en redegjørelse for kostnader behandlingen hadde medført, som et forsøk på å gjøre det klarere for styresmaktene hva denne sykdommen kunne være. Problemet var som tidligere nevnt at radesyken var ukjent, både for de medisinske autoriteter og for styresmaktene. Sykehusetableringen inngikk derfor som et moment i å etablere sykdommen som et objekt for kunnskap, og dermed mer håndterlig som objekt for intervensjon. Erfaringen om radesyken kunne imidlertid ikke gjøres i København fordi sykdommen simpelthen ikke fantes der. Styresmaktene forsøkte riktignok å flytte radesyken sjøveien til København, som det vil gå frem av neste kapittel. Men sykdommens biotop var i de Sørvest-Norske bygder. Derfor ble det så viktig med en forlenget arm som skulle reise dit og formidle sine erfaringer tilbake til styresmaktene. De var ikke mange, kirurgene som beveget seg blant de radesyke på landsbygda i periferien i Norge, men de var der sykdommen fantes. De noterte hva de så, aldri i generelle termer, alltid helt spesifikt, om hvor de syke hadde sine sår og hvor mange det var av dem. Av og til får vi høre begreper som "constitution" eller "cacochymie", men bare sjelden berører de spørsmål som angår sykdommens natur eller dens årsaker. Gjør de det, er det fordi de blir spurt.

En faktor som kunne støtte formodningen om at disse sykehusene skulle være steder der kunnskapen om radesyke kunne komme til uttrykk, var det endrede syn på sykehus som observasjonsarena i annen halvdel av 1700-tallet. Det er ingen tvil om at både styresmaktene og legene så på erfaring som viktig for medisinsk kunnskap. All erfaring hadde imidlertid ikke samme status. Som man kan se ut fra navnet gitt til kvakksalverne, *empirico* eller *empiric*, var spørsmålet om erfaring problematisk.⁷¹⁶ En rendyrket empirisme ville underminere legenes forrang i det medisinske hierarkiet. Empirikerne eller kvakksalvernes erfaring måtte kontrasteres med vitenskapelig observasjon, og løsningen ble å gi en form for observasjon forrang fremfor en annen. Mens empirikeren samlet data enkelt og tilfeldig, var vitenskapelig observasjon legens privilegium, en rasjonell form for erfaring som forutsatte forhåndskunnskaper. Inntil slutten av 1700-tallet var det ingen konsensus vedrørende hvor

⁷¹⁶ Se Roy Porter, *Health for Sale: Quackery in England, 1660-1850* (Manchester: Manchester University Press, 1989).

denne erfaringen skulle gjøres. Den berømte franske legen François de Sauvages hadde samlet sin erfaring på forskjellige steder: i hjemmene til sine private velstående pasienter, i sykehusgangene, i disseksjonsrommet, på pleiehjemmet eller i sitt eget hjem. I en rekke europeiske land var det imidlertid, mot slutten av 1700-tallet, et forsøk på å gi privilegium til sykehuset som det spesielt passende sted for denne type observasjon. Utdanningshospitaller ble etablert i Wien, i London og i Edinburgh, bare for å nevne noen av de mest berømte. Det var generelt anerkjent at det man trengte var et bredt spekter av erfaring, og at sykehuset var det beste sted å samle disse erfaringene. Andre omgivelser der pasienter og leger møttes var for ustabile, ble det hevdet. Sykehuset bidro med et lukket, kontrollert rom der legen kunne undersøke, utforske og eksperimentere med kroppene til de syke fattige, uten at utenomverdenes forstyrrelser kunne spille inn. Pasientene lå samlet i senger, de kunne sammenlignes, og følges gjennom tid, noe som var umulig dersom de skulle behandles hjemme i sine egne hus. Sykehuset var også en ideell institusjon for å opprettholde distinksjonen mellom den lærde praktiker og den selvlærte empirikeren. Det stabiliserte legens status i de empiriske omgivelser og ga den empiriske kunnskap status som noe annet enn empirikerens tilfeldige praksis.⁷¹⁷

Da Frederiks Hospital åpnet i 1757, stod det i instruksjonen til medicus ved sykehuset at han også skulle gi undervisning til medisinstudenter.⁷¹⁸ Verdien av observasjon i sykehus ble noen tiår senere eksplisitt fremhevet av legen ved sykehuset Frederik Ludvig Bang, som etter alt å dømme var den som systematisk introduserte klinisk undervisning ved sykehuset. I 1789 publiserte han en dagbok over alle observasjoner han hadde gjort der.⁷¹⁹ Et annet sted påpekte han at det var to måter å få kunnskap om sykdommer på, som måtte kombineres: Det ene var ved sykesengen på sykehuset sammen med en lærer, ”so daß man mit eignem Augen sieht, was beim Kranken vorgeht und geschieht unter der Anführung eines andern erfahrenen Artztes”, det andre er ved å kjenne sykdommenes ”System”.⁷²⁰ De to var like viktige, påpekte han. Det var altså intet empirisistisk program Bang forfektet, men han understreket sykehusets primat som erfaringsleverandør. Som sitatet viser var det imidlertid studenten Bang hadde i tankene, ikke medisinsk kunnskapsetablering som sådan. Hovedstadens store hospital med universitetstilknytning kan heller ikke sammenlignes med de små og perifere radesykehusene.

Gis radesykehusene noen privilegert status som arenaer for medisinsk erfaring? Interimsinstruksjonen fra 1772 sin forordning om at kunnskapsinnhenting i form av praktisk

⁷¹⁷ Brockliss og Jones, *The Medical World of Early Modern France*, s. 672.

⁷¹⁸ Vallgård, *Sjukhus och fattigpolitik*, s. 18.

⁷¹⁹ Bang, *Selecta diarii nosocomii regii Friedericiani Hafniensis*.

⁷²⁰ Bang og Heinze, *Medizinische Praxis: systematisch erklärt*, s. 28.

erfaring ute på landsbygda var vesentlig, noe som også ble etablert retorisk i og med at den ble kalt nettopp en foreløpig instruksjon, fikk ikke en parallell senere i og med opprettelsen av sykehusene. Det ser heller ikke ut til at dette var det første ledd i bestrebelsene på en systematisk samling av erfaring. Jeg har ikke sett eksempler på at rapportene fra legene ble sammenlignet eller sammenholdt, og de ble ikke ledsaget av et sentralt organ som skulle koordinere informasjonen. De ble ikke gjenstand for kritisk evaluering og det kom ikke noen tilbakemelding vedrørende hvordan de behandlet eller observerte pasientene. Det er heller ikke noe som tyder på at sykehuslegenes rapporter ble vurdert annerledes enn andre legers rapporter. Radesykekommisjonens vurdering av at radesykehusene burde opprettholdes var heller ikke begrunnet i at radesykehusene var privilegerte steder for erfaringsinnhenting. Det angikk utelukkende deres karakter av behandlingsarena. Hadde radesykehusene vært ansett som en privilegert erfaringsarena, ville dette ganske sikkert blitt trukket inn i diskusjonen for eller imot ambulatoriske leger eller sykehus, noe det ikke ble på noe tidspunkt i den lange perioden dette ble diskutert, fra 1773 til 1798.

Avslutningsvis er det nødvendig å si litt om hva disse sykehusene IKKE er. De fakta de etablerer forteller noe om hvordan de observerer og om det som observeres, samtidig som de sier noe om hva legene *ikke* så etter. Radesykehusene er ikke arenaer der man stiller spørsmål til naturen. Det eksperimenteres ikke her, og fakta revurderes sjelden i henhold til nye observasjoner. I stedet for å stille spørsmål til den, lytter man til hva naturen har å si. Radesykelegene observerer sykdommer som blandes, sår som flytter seg, væske som når den blir undertrykt et sted kan komme ut et annet. Ofte sies de radesyke å ha en "cacochymisk konstitution".⁷²¹ Hvis det skjer en uventet hendelse, og et nytt tilfelle oppstår, revurderer legene sjelden sin diagnose, men konkluderer med at det har skjedd en blanding av to forskjellige lidelser. Når de skal legitimere hvorfor én behandling virker bedre enn en annen refererer de til erfaring, men det er erfaring fra enkelthendelser, ikke i form av eksperimenter. Systematisk utprøving av medisiner hører definitivt ikke hjemme her, og sannsynligvis heller ikke i resten av Europa. Vi ser heller ingen spor av det Simon og Schaffer har kalt Robert Boyes litterære teknologi: ingen "delineation of processes by which a private sensory experience was transformed into a public witnessed and agreed fact of nature".⁷²² De medisinske observasjonene noteres ned, men de etableres ikke retorisk som fakta som det hersker allmenn enighet om. Beskrivelsene er snarere orientert rundt enkelthendelser, enkeltpersoner, enkeltsituasjoner. Sykehusrapportene konstituerer en diskurs der gjengivelsen

⁷²¹ Se f.eks. Henrik Deegen i brev av 5.10.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁷²² Shapin og Schaffer, *Leviathan and the Air-pump: Hobbes, Boyle, and the Experimental Life*, s. 225.

av naturen, nedtegnelsen av sykdommens utfoldelse i den enkelte kropp, er det vesentlige. Funksjonen til disse sykehusene i henhold til kunnskapsproduksjonen var ikke å etablere ny vitenskapelig kunnskap på stedet, det var heller å bidra til premisser, i form av erfaring som råmateriale, til den sentrale medisinske bevissthet i København.

Det ser altså ikke ut til at sykehusene ble etablert for å skaffe en slik erfaringsbasert kunnskap. Til dette vil jeg knytte to presisjoner: Grunnen til at jeg fremhever dette er ikke at jeg mener de burde ha vært annerledes, eller at dette sier noe om hvorvidt de var mislykkede prosjekter. Snarere er det for å understreke at det som for en moderne leser kan synes som et viktig moment i og med opprettelsen av disse sykehusene, ikke ble ansett slik i samtiden. Det andre som må presiseres er at jeg ikke med det mener å avvise at radesykehusene etter hvert utviklet seg til å bli slike arenaer. Mine spredte dykk ned i de senere kildene tyder ikke på det, men det kan selvsagt ikke avvises, og ville være et interessant mål for en videre undersøkelse.⁷²³

3.5. Radesykehusenes fremvekst: Fra hospital til sykehus?

Radesykehusenes fremvekst har altså i Norge blitt forstått som del av en moderniseringsprosess. I Tyskland har uttrykket "fra hospital til sykehus" blitt brukt for å betegne en overgang fra det tradisjonelle hospitalet til det medikaliserte og mer spesialiserte sykehuset.⁷²⁴ Denne forskningstradisjonen har påpekt hvordan det i Vest-Europa fra den annen halvdel av 1700-tallet fant sted en grunnleggende endring i behandlingen av fattige syke: I stedet for de gamle hospitalene, som tok vare på et bredt spekter av trengende, utviklet det seg nå innretninger som så det som sin oppgave å helbrede den syke. Mens hospitalene hadde hatt rom for enker og barn, syke, gebrekkelige og krøplinger, skulle det i de nye sykehusene bare gis plass til pasienter som lot seg helbrede. Selve anleggelsen av dem fikk forskjellig form i de ulike land: Frankrike var på slutten av 1700-tallet beryktet for sine enorme statlige sykehus. I England var opprettelsen av sykehusene i det alt overveidende knyttet til filantropiske bevegelser. De fleste av disse sykehusene ble etablert rundt midten av

⁷²³ Ole Moseng peker for eksempel på at det rundt 1800 skjedde en tiltakende differensiering i angivelsen av symptomer ved sykehuset i Bratsberg. Han viser til at en mann som Johannes Møller bare noterer større eller mindre grader av radesyke i sin protokoll, mens de senere legene begynner å skille med hensyn på hvor de er affisert. Dette kan godt medføre riktighet, men det er viktig å påpeke at legen ved sykehuset i Bratsberg ble pålagt å føre en mer detaljert rapport i et reskript fra 1790. Jfr. Wessel Berg, *Kongelige Rescripter, Resolutioner og Collegial-Breve for Norge: i Tidsrummet 1660-1813*.

⁷²⁴ Se feks. Johanna Bleker, Eva Brinkschulte og Pascal Grosse, *Kranke und Krankheiten im Juliuspsital zu Würzburg 1819-1829. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland* (Husum: Matthiesen Verlag, 1995); Robert Jütte, "Vom Hospital zum Krankenhaus: 16. bis 19. Jahrhundert," i Alfons Labisch og Reinhard Spree (red.), *"Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett". Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*, (Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996). Se også bibliografien av Norbert Paul i samme bok, s. 437-453.

århundret. I Tyskland kom sykehusbevegelsen noe senere, mot slutten av århundret, knyttet til en rekke større reformer i fattigdomsspørsmålet innenfor det kameralistiske prosjekt. I Danmark-Norge fikk vi etableringen av Frederiks hospital, det eneste sykehus i tvillingstaten av noen særlig størrelse.⁷²⁵ Det ble etablert i 1757, og i fundasen stod det helt klart at uhelbredelige ikke skulle innlegges på sykehuset. Dette var et alminnelig sykehus, innrettet på helbredelse av syke fattige.⁷²⁶ Felles for de fleste av disse sykehusene er at de er store allmennsykehus som tilbyr helbredelse til de fattige. Disse nye sykehusene ble i de germanske språkområdene som hovedregel kalt *krankenhaus* eller sykehus og ikke hospitaler. I Tyskland finner man en referanse til begrepet *krankenhaus* første gang i Johann Rädleins ordbok fra 1711.⁷²⁷ *Ordbog over det danske Sprog* har sin første registrering av begrepet "Sygehus" i 1757. Det er neppe tilfeldig at denne språklige endringen i tid falt sammen med fremveksten av de nye institusjonene; de aller fleste av dem får, i likhet med radesykehusene, betegnelsen sykehus, og ikke hospital.

På mange måter virker det altså plausibelt å karakterisere denne utviklingen som en transformasjonsprosess, fra de gamle hospitaler til de nye institusjoner, sykehus. Imidlertid har forestillingen om en slik grunnleggende endring også flere svakheter. Først og fremst synes begrepet om en overgang å implisere at når de nye institusjonene (sykehus) kommer til, overtar de for de gamle (hospital). Dette er i beste fall upresist. Hospitaler vedblir å eksistere også etter opprettelsen av sykehusene, og for Norges vedkommende kan mangfoldet av hospitaler gjenfinnes i Jens Krafts fortegnelse over fattigvesenets institusjoner på 1820-tallet. De gamle hospitalene opphørte ikke å eksistere i denne perioden, snarere ble de supplert med de nye institusjonene. De nye sykehusene, radesykehusene inkludert, kan derfor mer fruktbart ses som bidrag til utdifferensieringen av forsorgen til syke og fattige mennesker, som et spesifikt tilbud som ikke avløser eller oppløser, men snarere forutsetter de eldre institusjonene.⁷²⁸

Derneft lar denne overgangen seg heller ikke så godt definere språklig som det jeg nettopp hevdet. Det er ikke slik at den nye type institusjoner nødvendigvis blir kalt sykehus. Et eksempel er det kongelige Frederiks hospital i Danmark, som helt klart var anlagt som et sykehus etter den nye definisjonen, altså et sted for tidsavgrenset behandling av syke

⁷²⁵ Se Edvard Gotfredsen, *Det kongelige Frederiks Hospital* (København: Novo Therapeutiske Laboratorium A/S, 1957); Ulla Kjær, "Hospitaler i Frederiksstaten," *Architectura. Arkitekturhistorisk Årsskrift* 21 (1999).

⁷²⁶ Vallgård, *Sjukhus och fattigpolitik*. De mer bemidlede hadde også i teorien tilgang til sykehuset, men Vallgård påviser at det hovedsakelig var fattige inneliggende i sykehuset..

⁷²⁷ Johann Rädlein, *Europäischer Sprach-Schatz oder Wörterbuch der vornehmsten Sprachen in Europa*, 3 bind (Leipzig: 1711). Sikkert etter Hermann Paul, *Deutsches Wörterbuch* (Tübingen: 1992).

⁷²⁸ Jfr. Fritz Dross, "Krankenhaus und lokale Politik. Das Beispiel Düsseldorf 1770-1850" (Doktoravhandling, Heinrich Heine-Universität Düsseldorf, 2002).

menesker, men som allikevel ble kalt hospital. Det er selvsagt mulig at ordet sykehus var så nytt i Danmark på den tiden at det ikke ennå falt naturlig å bruke det, for *Ordbog over det danske Sprog* hadde som vi så den første innførselen i 1757. Ved nærmere ettersyn viser det seg imidlertid at denne innførselen nettopp er fra fundasen til Frederik Hospital, hvor det står følgende: "Dette Syge-Huus er stiftet som et almindeligt HielpeMiddel for de Syge".⁷²⁹ Allerede i fundasen ble altså ordet sykehus brukt om det som vitterlig hadde fått navnet hospital. Det er mulig at dette har pragmatiske grunner, at sykehuset ble kalt hospital fordi begrepet sykehus ennå var lite kjent i befolkningen. Mer sannsynlig er det at denne dikotomien mellom hospital og sykehus ikke var så klar som det kan synes som i ettertid. Henrik Deegen bruker både ordet hospital og ordet sykehus i sine rapporter fra Flekkefjord radesykehus.⁷³⁰ Omtrent 50 år senere, da det nye universitetssykehuset i Christiania skulle etableres, Norges første medisinske klinikk og altså en institusjon som helt klart skulle tilsvare den nye type institusjoner, fikk det navnet hospital. At betegnelsen hospital på denne nye nasjonens stolthet ikke var selvklar, kan vi imidlertid se av de protester Frederik Holst førte til torgs i så henseende:

[D]a Hospital selv i vort Sprog ikke bestemt betyder et Sygehuus, men ogsaa en Pleiestiftelse, eller Forsørgelsesanstalt for trængende, alderssvage affældige Personer, spæde børn og deslige, vilde den i Departementets Innstilling omhandlede og alene for Syge bestemte Stiftelse sprogrigtigere have været benævnet Rigssygehuus.⁷³¹

Hans protester førte som kjent ikke frem, og sykehuset fikk navnet Rigshospitalet. Det viktige her er imidlertid at Holst på 1800-tallet kunne gripe til et etablert og klart skille mellom de to typer institusjoner, samtidig som begrepet hospital tydeligvis kunne dekkle begge typer av institusjoner, og og med at det tross alt kom til å bli betegnelsen på det nye sykehuset. Så sent som på slutten av 1800-tallet fikk begrepet følgende beskrivelse i brødrene Grimms ordbok over det tyske språk: "es ist theils ein Pflegehaus für Alter, Armut und Begrechlichkeit, theils ein Krankenhaus".⁷³²

Allikevel må det tross alt være mulig å hevde at når et nytt navn dukker opp på den måten, er det fordi det oppstår et behov for å skille mellom to forskjellige institusjoner. Og det

⁷²⁹ Fra fundasen av 6.8.1756, se *Ordbog over det danske Sprog*, under oppslagsordet Sygehus: <http://ordnet.dk/ods/opslog?opslog=sygehus> (oppसøkt 3.6.07).

⁷³⁰ "[S]o desertierte die Frau vom Hospitale [...] Es] fehlete ihm nichts, sondern man hatte ihm nur in Krankenhause eingebettet" Begge ord brukes altså om samme type institusjon innenfor en enkelt setning. Se brev av 30.8.1777 fra Henrik Deegen til amtmannen: SAK, LMA Flekkefjord sykehus 321.

⁷³¹ Frederik Holst, *Historisk Underretning om Rigshospitalet i Christiania indtil Udgangen af Aaret 1826* (Christiania: 1826). Sitert fra Per Børdahl og Øivind Larsen, "Hvorfor et 'almindeligt Hospital for Riget'?", i Per Børdahl, et al. (red.), *De tre riker. Rikshospitalet 1826-2001*, (Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001), s. 11.

⁷³² Jacob Grimm og Wilhelm Grimm, *Deutsches Wörterbuch* (Leipzig: 1873), bd. IV, s. 1843 f. .Den ligger nå også ute på internett, <http://germazope.uni-trier.de/Projects/DWB> (oppसøkt 1.6.07).

er verdt å presisere at det omvendte ikke gjelder. Hospital i den gamle betydningen pleieanstalter ble verken kalt *krankenhaus* eller sykehus etter at disse termene ble introdusert. Den nye institusjonen sykehus definerer seg snarere ovenfor hospitalet med en tiltakende differensiert og medisinsk definert helbredelsesfunksjon.

Radesykehusene fikk altså navnet sykehus, og opprettelsen av dem utgjør uten tvil et viktig kapittel i vår tidlige medisinske historie. Det bør ha fremgått av denne gjennomgangen at radesykehusene primært hadde en terapeutisk intensjon. De skulle behandle, ikke oppbevare de syke. Dermed er det imidlertid ikke sagt at radesykehusene var så unike som de ofte blir fremstilt som. De såkalte *Blatterhaus* i Tyskland hadde tilbudt behandling mot venerisk sykdom allerede på 1500-tallet.⁷³³ Radesykehusene var heller ikke de første sykehus med en kurativ intensjon i Norge. Som Ole Moseng påpeker, er det snarere sykehuset for venerisk syke i Christiania som kvalifiserer til en slik betegnelse. Sykehuset, som hadde kallenavnet "Fokkefjerdings", ble etablert ved kongelig resolusjon ved rentekammeret av 22.4.1755 for Christian og Akershus amt.⁷³⁴ Ingen andre enn venerisk syke hadde adgang til sykehuset, og sykehusinnleggelse var kun for de som ikke hadde midler til å betale for sin egen behandling hjemme. I perioden 1756-66 ble det i alt behandlet 1369 pasienter ved sykehuset, hvorav 1193 ble utskrevet som kurert.⁷³⁵ Med mindre man identifiserer "radesyke" med "venerisk syke", var radesykehusene altså ikke de første sykehus i Norge som var opprettet med behandling som hovedformål.

Allikevel innfører radesykehusene noe kvalitativt nytt; de har blitt det jeg har kalt medikaliserte arenaer. I forhold til de tidligere hospitalene utgjør de et mer differensiert og medisinsk tilbud. Dels ved at legen spiller en så sentral rolle i å initiere, planlegge, og drive sykehusene. Like viktig er det at sykehusenes praksis gjennomgående er innrettet på å fremme den medisinske behandling. Arkitekturen skal fylle medisinske funksjoner, rengjøringen skal

⁷³³ Claudia Stein har for eksempel vist dette i et arbeid om de tidligste sykehusene for venerisk syke i Augsburg. Se Stein, *Die Behandlung der Franzosenkrankheit in der frühen Neuzeit am Beispiel Augsburgs*. Robert Jütte argumenterer tilsvarende: "Instead of becoming a repository for the detritus of society like other types of early modern hospitals, the *Blatternhaus* was the only charitable institution providing full-fledged medical care before the late eighteenth century" Se Robert Jütte, "Syphilis and Confinement. Early Modern German Hospitals for Syphilitics," i Norbert Finzsch og Robert Jütte (red.), *Institutions of confinement. Hospitals, asylums and prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*, (Cambridge: Cambridge University Press, 1996), s. 114-15.

⁷³⁴ For dette, se kopi av reskriptet fra 1755 i SAK, Stiftamtmanden i Kristiansand, 1734: Regnskaper og presteattester ang. radesykehuset i Kristiansand. Det var opprinnelig planlagt tre sykehus (om sykehus er den opprinnelige termen i reskriptet eller om det er føyd til senere fremgår ikke) foruten det i Kristiania, nemlig i Moss og i Drammen, men de siste ble ikke noe av.

⁷³⁵ Sprauten, *Byen ved festningen*, s. 380.

foregå etter doktorens begjæring, og pasientenes bespisning bestemmes av medisinske forhold. Her skiller de seg avgjørende fra tidligere institusjoner.⁷³⁶

Når Moseng hevder at radesykehusene representerer fremveksten av ”det moderne norske sykehusvesenet”, er det imidlertid vanskelig å være enig. Det skyldes først og fremst ordet moderne, som i beste fall er vagt og upresist i denne sammenheng. Dertil kommer at når man kvalifiserer sykehusene i kraft av det som kommer etter (nemlig det moderne sykehusvesen), mister man lett det spesifikke av syne. Det kan imidlertid være at Moseng med uttrykket det moderne norske sykehusvesen ganske enkelt forstår institusjoner som er innrettet med behandling som hovedformål. Moderne i betydningen 1800-tallets klinikk er de i alle fall ikke. Sykehusene er små, de er innrettet for én spesiell sykdom, og her drives ingen sammenligning av pasienter som ledd i en kunnskapsetablering. Radessykehuset er ikke en arena der kunnskapen om radesyken revideres i møte med pasientene, i hvert fall ikke i denne tidlige fasen. Den avgjørende definisjonsmakten lå ikke hos legene som arbeidet på disse små sykehusene, den lå hos de medisinske autoriteter i København. For å bli en sykdom som var virkelig for dem, måtte radesyken transporteres til maktens sentrum, til København.

4. Radesyken transporteres til København

Nærmere tre år etter at de første kirurgene ble sendt opp til Norge for å kurere radesyken, og halvannet år etter at det første sykehuset var grunnlagt, hadde ikke radesyken blitt tydelig verken som objekt for medisinsk kunnskap eller som terapeutisk størrelse. Den 25. mars 1775 foreslo det Danske Kanselli for Collegium Medicum om man ikke ”til prøve” skulle sende tre til fire pasienter med radesyken til det kgl. Frederiks hospital for å få etablert sikrere kunnskap om sykdommen?⁷³⁷ Svaret fra Collegium Medicum kom en måned senere. De sluttet seg til kanselliets forslag, og tilføyde at denne fremgangsmåten ”er unægtelig den sikreste og beste Udvey til at komme efter denne høyst fordærlige, om sig gribende, og endnu til deals af Hovedstadens Medicis ey noksom kiendte Sygdoms Natur og Beskaffenhed”.⁷³⁸ De foreslo videre at tre til fire pasienter skulle velges fra tre forskjellige steder i Norge, av forskjellige grader i sykdommen, og alle ”af Mandskiønnet”.

Det er altså to argumenter som ble fremført her. For det første at den ”fordærlige” radesyken stadig grep om seg og forlangte ytterligere tiltak, og for det andre at sykdommen

⁷³⁶ På hospitalene hadde det vært vanlig at pasientene fikk utdelt kostpenger, og ved ”Fokkefjerdingen” får de 8 shilling daglig til mat og underhold.

⁷³⁷ Brev av 25.3.1775: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁷³⁸ Brev av 20.4.1775 fra Collegium Medicum til Danske Kanselli: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

ikke var tilstrekkelig kjent av "Hovedstadens Medicis". I flere år hadde man forsøkt å transportere radesyken per post til København, i form av gjentatte rapporter fra radesykelegene i distriktene og på sykehuset i Stavanger og i Bratsberg. Denne innhenting av kunnskap ble endog oppgitt som et sentralt mål ved etableringen av de andre sykehusene. Men det holdt altså ikke. Radesyken var fremdeles en gåte for "hovedstadens medici", som tydeligvis heller ikke syntes de hadde fått nok ut av de rapportene de hadde fått inn fra distriktet. Det er viktig å huske, som jeg understreket i del I, at et nøkkelspørsmål for samtidens leger var: er radesyken en allerede eksisterende sykdom, eller er den en ny, selvstendig sykdom hvis natur det gjelder å oppdage? Eller er sykdommen kanskje "compliceret", det vil si en blanding av flere ulike sykdommer? Radesyken var simpelthen ikke blitt virkelig nok for de medisinske autoriteter, de hadde ikke greid å etablere den sikkert som medisinsk objekt, idet det var uklart hvorvidt den overhodet utgjorde noen egen sykdom. For at radesyken skulle bli virkelig, måtte den stilles ut i Frederiks Hospital, som objekter i naturhistorien stilles ut i museene.

Formålet med nedsendelsen skulle være to, het det: For det første at de lærde i København skulle bli mer kjent med sykdommens natur og beskaffenhet, og for det andre at man skulle finne en måte å behandle disse pasientene på som igjen kunne anvendes på det store antall syke i Norge. Collegium Medicum anga i de forberedende diskusjoner to hovedproblemer som en slik foreteelse kunne medføre: For det første at det i fundasen for Frederiks hospital, § 3, stod at pasienter med "venerisk Svaghed, Spedalskhed etc." ikke skulle være tillatt i institusjonen.⁷³⁹ Siden radesyken hadde blitt forbundet både med spedalskhed og venerisk sykdom, var det grunn til å frykte at hospitalsfundasen kunne bli brutt. Kollegiet konkluderte imidlertid selv denne diskusjonen med å slå fast at "dette er en saa magtpaaliggende Sag for heele Nationen i almindelighed, og i sær for Kongeriget Norge" at en unntakelse måtte kunne finne sted på dette punktet. Deres forslag gikk derfor ut på at dersom man skulle finne at noen av pasientene var åpenbart veneriske eller spedalske, kunne de allerede ved innkomsten overføres til St. Hans hospital (som var bestemt for den slags pasienter), mens de øvrige kunne legges i avsondrede rom til behandling og forpleining. I uttalelsen fra hospitalsdireksjonen datert 19. mai 1775 skrev en samlet direksjon at de kunne gå med på dette på følgende betingelser: 1) hospitalet skulle få syv shilling ukentlig per

⁷³⁹ Struensee hadde sørget for å få opphevet dette vedtaket. For å få plass til de venerisk syke, la han rett og slett ned hele hospitalskirken og prestens værelser. Disse elementene tilhørte de gamle institusjonene, ikke de nye, hevdet han. At han ikke bare nedla sykehusets helligste rom, men endog flyttet de venerisk syke inn i lokalene, var, for å si det mildt, tungt å svelge for borgerskapet i København, og vedtaket ble ombestemt umiddelbart etter Struensees fall. Se Petersen, *Om lægen Christian Johann Berger*. Dessuten Carl Bruun, *Kjøbenhavn I-IV* (Kjøbenhavn: Thiele, 1901), del III, s. 330.

pasient, siden ingen utenom Københavns egne fattige fikk ligge gratis i stiftelsen, 2) at de som ble funnet å være åpenbart ”veneriske, spedalske eller incurable” skulle bli overført til en pleieanstalt eller en annen passende institusjon, siden hospitalsfundasen forbød slike pasienter, 3) at de bare ville motta pasienter av mannskjønnet, og 4) at de måtte underrettes god tid i forveien om når pasientene kunne ventes og hvor mange de skulle være.⁷⁴⁰

Stiftsamtmannen i Kristiansand fant forslaget både nyttig og ”til dels nødvendig”.⁷⁴¹ Til tross for over tre års innsats ovenfor sykdommen, og vedvarende arbeid med å innhente all mulig opplysning om den, måtte man ”declarere sig ikke endnu at kiende denne Sygdoms Natur”. På noen punkter hadde imidlertid stiftsamtmannen innvendinger. For det første mente han det måtte være unødvendig å innhente pasienter fra forskjellige steder i landet, det ville bli altfor omstendelig. Det kunne heller ikke være nødvendig, for ”Radesygen er sig nesten paa alle Stæder lig”. Tidligere hadde stiftsamtmannen, som vi så, klaget over at beskrivelsene over radesyken varierte svært. Her blir det tydelig at han finner årsaken til dette ikke er å finne i radesykens natur (som altså er seg selv lik på alle steder), men i en manglende kompetanse hos de ulike betraktere. Var det slik, ville en transport av pasienter med radesyke til København innebære at kompetansespørsmålet ble løst, og man kunne få et fasitsvar av de medisinske autoriteter. Stiftsamtmannens forslag var at Deegen, som på det tidspunkt var i Flekkefjord, kunne velge ut de av sine pasienter han mente kunne egne seg til en slik transport, og følge dem ned til København. Da kunne legen selv gi sin egen redegjørelse for sykehistoriene og formidle sin egen erfaring med pasientene, samtidig som han kunne bli opplært i behandlingsmetoder som kunne komme til nytte i hans fremtidige virke i det planlagte sykehuset i Flekkefjord. Årsaken til at man bare skulle ha mannlige pasienter forble uklar for stiftsamtmannen ”da der maaskee kunde være een Observation meere ved det ene Kiøn end ved det andet”. Etter Hagerups mening ville det være selve transporten som ville medføre størst problemer, siden skipperne antagelig ville vegre seg mot å ta de syke om bord av frykt for smitte.

4.1. Betydningen av hendelsen

Denne hendelsen er spesiell i radesykesammenheng, fordi det å samle kunnskap om sykdommen eksplisitt ble fremført som det viktigste argumentet for tiltaket. I de andre vedtakene, om ambulatoriske kirurger i 1772 og vedrørende opprettelsen av sykehusene i Stavanger og Bratsberg, var det riktignok i reskriptene uttrykt en ambisjon om øke erfaringen

⁷⁴⁰ Brev fra hospitalsdireksjonen 19.5.1775: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁷⁴¹ Uttalelse fra stiftsamtmannen 23.6.1775: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

med sykdommen, men det var andre faktorer som veide tyngre. I den saken som her omtales var ambisjonen imidlertid å øke kunnskapen om sykdommens natur og behandling ved å sikre at de medisinske autoriteter fikk erfaring med sykdommen. Som jeg har vist, er det ikke tvil om at kunnskapsinnhenting også tidligere hadde stått i sentralmaktens interesse. Men her blir det for første gang formulert som tiltakets grunnleggende ambisjon. Det var på denne tiden klart for nær sagt alle at noe måtte gjøres, men hva? Nøkkelspørsmålet var om man var nødt til å kjenne sykdommens natur og beskaffenhet for a) å kunne behandle b) å kunne forebygge sykdommen.⁷⁴² Et annet spørsmål var hva slags kunnskap det i så fall var nødvendig å knytte opp mot behandlingen. Var det kunnskap om sykdommens natur, om dens plass i det nosologiske skjema, eller var det vesentligste å etablere radesykens årsak – dens væskeforhold?⁷⁴³

Forut for bestemmelsen om at 12 pasienter med radesyken skulle transporteres til København var det iverksatt en rekke tiltak for de syke. Det var opprettet to sykehus, ett i Stavanger og ett i Bratsberg. I det samme reskript som forordnet reisen til København, ble det også gitt ordre om å oppføre et tredje i Flekkefjord. Tre leger i Norge arbeidet med radesyken på heltid, men fremdeles mente de fleste at radesyken tiltok. De offentlige tiltak, som opprettelsen av sykehusene og legestillingene, hadde ikke hatt den effekt man hadde håpet på. Den initielle optimismen, troen på at sykdommen helt kunne utryddes, hadde lagt seg. I denne konteksten ble spørsmålet om kunnskap helt prekärt. Radesyken var rett og slett ikke tydelig nok som medisinsk objekt. Var det bøndernes manglende rasjonalitet som lå til grunn for sykdomsbetegnelsen eller utgjorde den en egen art som kunne gjenkjennes i de vitenskapelige tabeller? Det som var helt avgjørende var å få konstatert hvorvidt radesyken var en kjent sykdom eller en ny sykdom, og hvordan den skulle behandles. For å bli virkelig måtte radesyken transporteres til stemmer med mer autoritet; radesykens enhet måtte bekreftes av de sentrale medisinske autoriteter. Collegium Medicum, det Danske Kanselli og stiftsamtmannen var alle enige om at det ga mening å utforske sykdommens natur videre. Etter at alle instanser

⁷⁴² Den mest tradisjonelle tilnærming var å satse på å utvikle behandlingstiltak uten å stille flere spørsmål om hva sykdommen egentlig var. Amtmann Holm i Lister var den som sterkest hadde fremført argumentet om at det ikke lenger var nødvendig å utforske sykdommens natur. Skulle man utrydde en så "vederstyggelig og farlig Sygdom" måtte det være nødvendig å handle raskt, hevdet han. Da var det ikke tid til slike teoretiske spissfindigheter: "det er nok at enhver vet at den er ond og smitsom, ja berøver Landet en del duelige Mennesker og skamferer dem som dermed er befængte". Amtmann Holm 28.3.1775: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165. Andre mente imidlertid man måtte øke kunnskapsgrunnlaget og erfaringen om sykdommen før man kunne settes i stand til å behandle den adekvat. Stiftsamtmann Hagerups forslag om at sykdommen måtte kartlegges før tiltak kunne iverksettes hører til den siste kategori.

⁷⁴³ Dette vedrørte også samtidens strid om kvakksalverne. For hvis det ikke var nødvendig å ha noen tilgrunnliggende kunnskap, kunne ikke legene påberope seg et privilegium på den type virksomhet. Da kunne behandlingen av de radesyke like gjerne overlates til de mange omreisende kvakksalverne, som de facto allerede dominerte den medisinske markedsplassen i det grisgrendte Norge.

var hørt, konkluderte det Danske Kanselli med at 12 pasienter fra området rundt Lista skulle transporteres til København, og Deegen skulle stå for utvelgelse og transport.⁷⁴⁴ 21. desember 1775 kom det kongelige reskriptet som forordnet reisen. Deegen måtte ”mundtlig [...] meddele Forklaring om de Iagttagelser, han i Norge ved denne Sygdoms Helbredelse har gjort.” Ved å observere hvordan pasientene ble behandlet i det kongelige Frederiks hospital kunne han bedre ivareta sin nye jobb som lege ved det kommende radesykehuset i Flekkefjord.

Problemene som ble reist i forarbeidene til reskriptet dreide seg, som jeg har påpekt tidligere, om de betingelser fundasen ved sykehuset i København stilte, og om potensielle problemer ved å få hyret en båt med skipper til transporten. Ingen så for seg at det ville bli vanskelig å få rekruttert pasienter til foretaket, til tross for at allmuen i området ved gjentatte anledninger hadde vist at de ikke nødvendigvis underla seg nye pålegg fra statens side. I denne forbindelse holder det å vise til Strileopprøret på femtitallet, til protestene mot ekstraskatten som førte til opphevelsene av den for Norges vedkommende i 1773,⁷⁴⁵ og til de pågående protestene fra pasientene, både om å komme til sykehuset i Stavanger og fra allmuen generelt om å betale for det dyre gildet behandlingen av de radesyke hadde vist seg å være.⁷⁴⁶ En mulig bakgrunn for at man antok at det ville være greit å rekruttere pasienter til nedreisen kan være at man formodet at det var de fattigste som skulle sendes ned, og at disse ville by på mindre motstand enn de mer slagkraftige selveiende bøndene.

Reisen ble utsatt til våren, etter uttalelser fra amtmannen og Deegen, hovedsakelig på grunn av vinterens barske klima.⁷⁴⁷ I mellomtiden skrev amtmann Holm et brev til Hagerup der han antydte at det kunne bli vanskelig å få overtalt pasienter til å bli med. Hagerup svarte at dersom dette skulle vise seg å bli et problem, kunne amtmannen friste mulige kandidater med at de som ikke ble friske av behandlingen kunne gis løfte om opphold på livstid i hospitaler enten i Danmark eller Norge.⁷⁴⁸ Ifølge Deegen hjalp det imidlertid lite å friste med hospitalsopphold. Bøndenes motstand mot prosjektet var massiv. Han skrev til amtmannen at han bare hadde fått tak i tre mannspersoner, altså halvparten av dem han skulle skaffe. To av disse var soldater, og de stilte dessuten ikke frivillig, men forutsatte det vilkår oppfylt at de

⁷⁴⁴ Brev fra det Danske Kanselli av 30.9.1775: DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁷⁴⁵ Ekstraskatten ble pålagt alle borgere i tvillingriket i 1763, men måtte fjernes fra Norge allerede i 1773 etter at det i hele tiåret hadde vist seg nærmest umulig å inn drive den, i særdeleshet på sørvestlandet. Se Roar Lie, *Bønder og embedsmenn mot sentralstyringsverket: ekstraskatten på Agder 1762-1766* (Oslo: R. Lie, 1974).

⁷⁴⁶ Bakgrunnen for opprettelsen av radesykekommissjonen i 1778 var at allmuen ved gjentatte anledninger hadde klaget over de økte utgiftene ved sykehuset i Stavanger, bl.a. ved supplikk av 23.12.1775.

⁷⁴⁷ Brev til det Danske Kanselli av 17.11.1775: Stiftamtmanden i Christiansand, Kopibok 102, 1774-75.

⁷⁴⁸ Stiftsamtmand Hagerup i et brev av 23.2.76 til amtmann Holm: SAK, Stiftsamtmanden i Kristiansand, Kopibok 103, 1775-76.

bare ville være med dersom de fikk fritak for Kongens tjeneste.⁷⁴⁹ Siden de syke stort sett var "af Bondestand", og bøndene var vanskelige å overtale, ble oppgaven nærmest umulig. Deegen skrev at bare bøndene hørte det minste nyss om reisen til København, så flyktet de, og reiste heller til kvakksalvere i Arendal eller Kristiansand for å la seg kurere.⁷⁵⁰ Han ba derfor om at lensmennene i området skulle beordres til å innrapportere alle som led av radesyken, slik at han lettere kunne finne ut hvem han skulle ta med. Stiftsamtmann Hagerup svarte til amtmannen at han ikke skjønnte at det skulle mangle pasienter, og refererte til korrespondansen året før, som førte til vedtaket om opprettelsen av sykehus i Flekkefjord. Som tidligere påpekt, ble det ved den anledning fortalt at de syke strømmet til Flekkefjord for å la seg behandle i den grad at de hadde forårsaket en alminnelig "Contagion" i ladestedet. Hvor i all verden var det blitt av alle disse syke nå?

Det var en viss uenighet om bakgrunnen for bøndenes motstand mot å bli med. Mens Deegen tilskrev motstanden pasientenes større tiltro til den lokale kvakksalveren enn til de lærde i København, mente fogden i Flekkefjord derimot at pasientene flyktet av manglende tiltro til Deegen. Amtmannen hadde hatt en "vidløftig correspondence" både med offiserene ved det 2. Vesterlenske regiment og med kirurg Deegen, men "da Almuen aldeles ingen Fortroelighed vil fatte til den siste, har det til nu været et frugtesløst Arbeide".⁷⁵¹ I et senere brev oppsummerte han saken slik: "iblandt de mange Syge som overalt vimle, er ingen at formaae med det gode til Nedreysen, men saasart de faaer det mindste nys om at de skal til Kiøbenhavn rømmer de bort eller holde sig i skjul".⁷⁵²

En sak som i utgangspunktet var ansett som relativt enkel, fremstod nå som nærmest ugjørlig. Spørsmålet som nå reiste seg var om transporten av de syke til København var så viktig at den rettferdiggjorde ytterliggående midler. Det var tema for korrespondansen som fulgte.

4.2. Trussel om tvangsmidler

Til syvende og sist var det ingen som var i tvil om hvorvidt Kongens ordre skulle oppfylles. Amtmann Holm foreslo i et brev til stiftsamtmannen at dersom man ikke kunne komme til målet med det gode måtte man ty til andre midler: "Jeg ved altsaae intet andet raad end at

⁷⁴⁹ "Freiheit von Soldaten Stande" jfr. Brev fra Deegen til amtmann Holm 9.3.1776: SAK, LMA, 321 Flekkefjord sykehus.

⁷⁵⁰ "der Bauer hier ist so widersinnig, daß so bald er nur das geringste merket, daß er mit nach Copenhagen gehen soll: so begiebt er sich gleich entweder nach Arendahl, Christiansand, oder Mandahl, um da selbst wie er sagt, eine Cur zu hohlen" Fra Deegen til Holm 10.3.1776. SAK, LMA, 321 Flekkefjord sykehus.

⁷⁵¹ Amtmann Holm til Stiftsamtmannen i brev av 14.03.1776. SAK, LMA, kopibok 20, 1771-77, s. 288.

⁷⁵² Brev av 27.3.1775 fra amtmannen til stiftamtmannen. Her refereres det til det allerede siterte brev fra Deegen og fra fogden: SAK, LMA, kopibok 20, s. 293.

Deegen befales at udsøge de 6 som nu efter seeneste Skrivelse fra deres h.v. skal nedgaae fra dette Amt, hvorefter Fogden beordres, med magt at lade dem bringe paa Skibet".⁷⁵³ Stiftsamtmannen godtok dette, dersom alminnelige overtalelser og løfte om hospitalsinnleggelse ikke førte til målet. Dette ettersom "det forstaer sig selv, at hans Kongl. Majst.s allernaadigste Villie maa skee [...], hvilket Tvangsmiddel herr Amtmanden ville da ved Fogden behage at foranstalte."⁷⁵⁴ I særdeleshet gjaldt dette de "som haver mindst hiemme at bestille og helst kan undværes." 27. mars skrev derfor Holm til fogden i Lister at skipet som skulle bringe pasientene ned til København snart var ventet inn til Flekkefjord, og anmodet fogden til "med expresse" å beordre sine lensmenn til "i al stillhed og uden forud at gjøre det bekiendt at være Deegen behjelpelig i at samle de af ham udseete Patienter og om de ikke godvillig vil gaae om Bord, da med Magt at bringe dem dertil".⁷⁵⁵ Til Deegen skrev han at lensmennene var beordret å være behjelpelige, og understreket også overfor ham at dette måtte foregå i det stille: "overalt maae det være Taust indtil Skibet kommer".⁷⁵⁶

Dette er en sjelden hendelse i radesykens historie. Det er ikke det at trusler om bruk av tvang i seg selv representerte noe nytt eller unikt for radesyken. I pesttider ble det fremført trusler om tvangstiltak dersom de forordnede tiltak ikke ble gjennomført.⁷⁵⁷ I forordningene om venerisk sykdom i Danmark mot slutten av 1700-tallet skjedde det gjentatte ganger at behandlingspersonell ble tilkjent støtte fra myndighetene dersom de møtte motstand i befolkningen til de tiltak som var vedtatt. I Ribe hadde kirurgene blitt beordret til å undersøke de syke i sognet som var anvist dem av presten, og i en kanselliskrivelse ble det bedt om at de til dette måtte gis den nødvendige "Understøttelse, at Besigtigelsen kan skee uden Hinder og Modstand".⁷⁵⁸ Reskriptet av 2.7.1790 regulerer bestemmelser om venerisk sykdom i Danmark. Her het det at de syke som ikke meldte seg til behandling skulle, etter at de hadde blitt oppsporet og helbredet, straffes med fengsel på vann og brød, eller få annen straff etter amtmannens kjennelse.⁷⁵⁹ I Skanderborg Amt ble en kvinne som hadde unndratt seg behandling satt i arresten.⁷⁶⁰ I radesykesaken har jeg ikke funnet andre eksempler på tilsvarende trusler om tvang. Ofte ble det i forarbeidene til ulike lovforslag foreslått

⁷⁵³ SAK, LMA, kopibok 20, 1771-77, s 288.

⁷⁵⁴ SAK, Stiftamtmanden Kopibok 103, 15.3.1776.

⁷⁵⁵ Brev til fogden fra amtmann Holm, 27.3.1776: SAK, LMA, kopibok 20, 1771-77, s. 293.

⁷⁵⁶ SAK, LMA, kopibok 20, 1771-73, s. 293.

⁷⁵⁷ Se f.eks. Ole Georg Moseng, "Den flyktige pesten: vilkårene for epidemier i Norge i seinmiddelalder og tidlig nytid" (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo, 2006), s. 577.

⁷⁵⁸ Kanselli-skrivelse av 20. 3.1793 til stiftsamtmannen og biskopen over Ribe. Jfr. Ehlers, *Folkesyphilis i Danmark*, s. 41.

⁷⁵⁹ Referert fra M Hassing, "Det saakaldte jyske syphiloid," *Ugeskrift for Læger* 1 (2. Række), no. 9 (1844): 129-43, s. 140.

⁷⁶⁰ Ehlers, *Folkesyphilis i Danmark*, s. 49. Han siterer *Jyske Tegn*. 18.2.1785, nr. 23.

tvangsmidler, som for eksempel isolasjon av de uhelbredelige for å hindre at de smittet andre, eller tvungen behandling av de syke, eller straff for de som unnlot å melde seg dersom de hadde sykdommen. Men ingen av disse forslagene ble nedfelt i de endelige lovforslagene. Denne historien står dermed nokså alene med disse drastiske tiltakene.

Deegen lyktes dermed omsider med å samle sammen nok pasienter, men han hadde vært nødt til å ta med kvinner, i motsetning til hva forordningen sa. 30. mars fortalte han at han hadde samlet seks pasienter til nedreisen. Fire av disse etter sigende ”freiwillig”, to mot at de fikk fritak fra tjeneste som soldater. En skipper fra Svinør ved navn Mathias Bugge var hyret for selve transportoppdraget. Han tok seg godt betalt: 140 rd. for turen og 24 shilling daglig per pasient for skipskost skulle han ha. ”Paa opskurede vilkaar” kalte Holm denne avtalen, men de fant ingen annen. Deegen fikk ordre om å holde seg reiseklar, for skipperen forlangte endog 10 riksdaler for hver dag han ble oppholdt utover de avtalte 24 timer.⁷⁶¹ 10. april reiste skipet av gårde, med Deegen og hans seks pasienter, og med assistentkirurg Tychsen fra Stavanger og hans syv pasienter. Disse siste hadde kommet til i forbindelse med rekrutteringsproblemene, da det ville bli lettere for Deegen å skaffe det halve antall pasienter. Avreisedagen var stemningen heller laber blant pasienter og lege. Skipet var lastet med sild som forårsaket en nærmet uutholdelig stank, og plassen var liten.⁷⁶² 15. april var de fremme ved Frederiks hospital i København. Pasientene var i alderen ni til 50 år, de fleste mellom 20 og 40. Fem av dem var kvinner. Fire pasienter døde i sykehuset samme år, like mange ble skrevet ut i juli og august. De resterende var igjen i sykehuset ett år senere, og det er ikke klart hva som skjedde med dem. Noen av pasientene kan senere gjenfinnes i prestenes beretninger, som for eksempel Marcus Andersen Hanesand, som i følge sogneprest Ording i Tindø da han kom tilbake var ”saavidt restituert, at han ikke var saa knottrede i Ansigtet, men hafde faaet et meere glat Ansigt, han kan og noget lidet arbejde nu, som han tilforn ikke kunde gjøre.”⁷⁶³

4.3. Københavns radesyke: En rapport

Et år etter transporten til København, skrev sykehuslege Frederik Ludvig Bang på oppfordring et ekstrakt av sine journalnotater over de 13 pasientene, samt en sammenfatning med Bangs

⁷⁶¹ SAK, LMA, kopibok 20, s. 293.

⁷⁶² Deegen i brev til amtmann Holm 10.4.1776. SAK, LMA, Flekkefjord sykehus 321.

⁷⁶³ Brev fra Ording til radesykekommissjonen 18.9.1778: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165. Sogneprest Bagge i Vanse skriver at ”2de Børn, en Dreng paa 15 og hans Søster paa 11de Aar ere nu under herr Deegens Cuur i Flekkefiord. Pigen var med Moderen, Trine Kotland, der blev cureret, i Kjøbenhavn. Sønner har forhen været paa Sygehuuset i Flecke fiord, kom cureret hiem for et par Aar siden og har faaet Udslæt igjen.” 23.9.78: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165. Deegen vendte hjem 25.7.1776 med tre av pasientene, nemlig Ammund Olsen og Knud Thoresen fra Fjotland, og Tønnes Olsen fra Flekkefjord. SAK, LMA, Flekkefjord sykehus 321.

egen vurdering av radesykens natur og kjennetegn.⁷⁶⁴ Bang har vært omtalt flere ganger tidligere i denne avhandlingen. På dette tidspunkt var han en nyutdannet assistentlege ved Frederiks hospital, men senere skulle han skrive den første lærebok basert på klinisk undervisning i Danmark-Norge og bli medlem i Collegium Medicum. I sin rapport konkluderte han med at sykdommen radesyke ikke var noen selvstendig sykdom, men at lidelser (*cachexiae*) av mange forskjellige slekter hadde fått dette navnet. Rapporten bestod av uvanlig grundige redegjørelser for symptomer og behandlingsforløp. Den så helt bort fra sykdomsårsaker, men fokuserte på det aktuelle, og redegjorde for sykdommens progresjon hos den enkelte pasient.

To av pasientene mente han led av en særskilt sykdom. Dens *specie* var karakterisert av hevelse i ansiktet, knuter og tuberkler som dels var faste, dels mobile. Det var overflatiske ulcera (sår) og blomstrende utslett. De konvensjonelle remedier mot skjørbuk og venerisk sykdom hadde vært ikke bare ineffektive, men snarere nærmest giftige for disse pasientene. Bang mente det kunne dreie seg om *lepra* eller *elephantiasis*. Den tredje av pasientene hadde *hydrops* (vattersott) med noe skjørbuk, men ingen tegn til venerisk sykdom. Den fjerde hadde heller ingen tegn til venerisk sykdom, men led derimot av skabb og gamle pustler (pussfylte hevelser). Den siste mente han kunne være en sykdom av ”komplisert” karakter, som han behandlet med kvikksølvinnsmøringer og peruviansk bark. De resterende ni pasientene, hevdet han, led av *lues venerea*, eller venerisk sykdom. Til tross for dette ble pasientene værende på hospitalet, selv om den opprinnelige forutsetningen fra hospitalsdireksjonens side var at de pasienter hvis sykdom ble funnet å være venerisk, umiddelbart skulle overføres til St. Hans hospital. Disse ni hadde nattlige leddsmerter og smerter i bakre svelg, samt en maurlignende følelse, særlig i nesens spiss (*sensus formicans*), pustler (*impetigines*), sår (*ulcera*) og benede utvekster (*exostoses*). Mot dette gav han varme bad for å bløtgjøre og lette sirkulasjonen i blodårene. Viktigst av alt var imidlertid gjentatte innsmøringer (*inunctiones*) med kvikksølv, til salivasjon (spyttproduksjon) inntraff.

Bangs rapport ble liggende hos Collegium Medicum. Kanselliet tilskrev kollegiet 23. august 1777 med spørsmål om hva som hadde skjedd i København. Hadde man fått bedre kjennskap til midler som ”kunde give haab om at denne farlige Sygdom for eftertiden var at standse eller forebygge”? Noen uker senere svarte Collegium Medicum i et brev som var basert på Bangs rapport. Ingen av kollegiets medlemmer hadde vært på sykehuset for å ta disse syke i nærmere øyensyn, til tross for at den opprinnelige beveggrunnen for nedsendelsen

⁷⁶⁴ Frederik Ludvig Bang: *Relatio de Ægrotis Norvegis Rade-Syge Dictis*. Håndskrevet manuskript datert 23.3.1777: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

av de syke var at hovedstadens leger skulle få nærmere kjennskap til sykdommen. I brevet fra Collegium Medicum, som er det som legges til grunn i de senere diskusjoner om mulige tiltak mot radesyken, skjer det en redefinering og omvurdering av radesyken i forhold til Bangs brev. Mens radesyken i Bangs rapport hadde blitt oppløst som egen kategori, ble den her til en slekt som inneholder forskjellige sykdomsarter. Det ble understreket at den ikke er ”en enkelt eller særdeles Svagheit”, men allikevel ble sykdommen omtalt i entall, som i følgende formuleringer: ”den høieste grad af denne Sygdom” og ”noget enkelt Middel imod Sygdommen”. Hvordan skal så dette forstås? En nøkkel kan muligens finnes i følgende uttrykk: ”alle først benevnte Species af Sygdommen kan hielpes”. Collegium Medicum forstår altså radesyken som en sykdomsslekt i tråd med tidens nosologiske praksis, mens Bang hadde avvist at det dreide seg om en egen slekt. Det Collegium Medicum her gjør, er å plassere radesyken som en mer generell kategori, over de andre sykdommene, som for eksempel venerisk sykdom eller spedalskhet, som de etablerer som underarter av denne store gruppen som får samlebetegnelsen radesyke. Konklusjonen i Collegium Medicums svar på kanselliets forespørsel ble:

Til at forebygge eller præservativt at forekomme Sygdommen vides hos en heel Nation intet nærmere end Tilsyn og Formaning om diætiske Forhold og Renlighed, samt fornemmelig Foranstaltninger imod, at Besmittede og Friske ikke opholde sig eller leve til sammen, og til den ende at Udveye findes og iværksettes, at de Besmittede blive betimelig opdagede.⁷⁶⁵

En effektiv behandling fantes ikke mot radesyken som sådan, den måtte tilpasses individuelt i de enkelte tilfeller.

4.4. Produksjon av radesyke under absolutismens synsvinkel.

Denne hendelsen kan fortolkes på flere måter. Det er nærliggende å anta at den umiddelbare kontekst er en epistemologi i endring. Tidligere hadde medisinen gått til autoritetene for å innhente kunnskap om sykdom. Klassikere som Hippokrates, Galen og Avicenna utgjorde medisinen kunnskapsreservoar. Begrepet *empiricus* hadde et entydig negativt innhold, og betegnet en som utførte sin (medisinske) praksis utelukkende ved hjelp av prøving og feiling, kvakksalveren. Imidlertid var Bacons paradigmer nå i ferd med å innhente også medisinen. Kunnskap om medisinske fenomener skulle i prinsippet produseres uavhengig av de klassiske kildene, ved en ren og uformidlet observasjon, uten forstyrrende mellomledd.⁷⁶⁶ Det er derfor

⁷⁶⁵ Brev fra collegium Medicum til det Danske Kanselli 6.9.1777: RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

⁷⁶⁶ I det 16. århundre insisterte de engelske ”moderns” uopphørlig på at vitneutsagn og appell til autoritet var epistemisk inadequate størrelser. Sannhet kunne kun garanteres ved å stole på direkte individuell erfaring og fornuft; å basere seg på andres vitneutsagn var en sikker vei mot feiltagelsen. Steven Shapin har vist hvordan også deres kunnskapspraksiser allikevel var grunnleggende avhengig av autoritet. Steven Shapin, *A Social*

en teoretisk mulighet for at beslutningen om at de 13 pasientene skulle transporteres til København inntraff på bakgrunn av en holdning hos de medisinske autoriteter i Danmark-Norge om at empirisk erfaring med sykdommen var vesentlig. Denne antagelsen styrkes ved det faktum at Collegium Medicum i forkant av denne hendelsen hadde klaget gjentatte ganger til radesykelegene over for lite dokumenterte sykejournaler, og for lite spesifikk empirisk kunnskap. Var spørsmålet å få empirisk erfaring, uthente informasjon direkte fra pasientenes kropp? Skulle ytringene om radesyken settes i forbindelse med andre ytringer om andre kropp? Skulle samlingene av pasienter diskuteres med andre kolleger for å sammenligne forskjellige ytringer om de samme pasientene? Det er mye som tyder på at så ikke var tilfelle, først og fremst fordi hendelsen omtrent ikke blir henvist til i ettertid, den får ikke autoritativ status. Dernest fordi det synes som de medisinske autoriteter ikke har noen interesse av å observere pasientene selv når de kommer til København, og ingen av dem refererer til noen egen erfaring med sykdommen i ettertid.

Det er derfor nærliggende å fremsette en alternativ tolkning av hendelsesforløpet. Transporten av pasienter med radesyke til København dreier seg etter min mening ikke så mye om et epistemologisk skifte som om en fremgangsmåte som tilhører absolutismens prinsipp. I teorien var det slik i eneveldets stat at kunnskap, i likhet med politikk, skulle produseres og implementeres i hovedstaden. Det var en sentralmakt med en utsigelsesmyndighet. I teorien. Selvsagt var det ikke slik i praksis. Men anser man dette som symbolpolitikk, er det mulig å formulere det som at radesyken rett og slett ikke fantes før den reiste denne veien fra distrikts-Norge til hovedstaden. Sannheten om radesyken lå i sannhetsutsigerens makt – og denne makten var det hovedstadens medisinske autoriteter som hadde, ikke radesykekirurgene i nord, for ikke å snakke om de som led av sykdommen. Denne sannheten ble ikke vurdert langs en akse av sant eller falskt, det handlet ikke om verifiserbarhet. Sannheten lå snarere hos sannhetsutsigeren, som i kraft av ytringen skapte virkelighet.⁷⁶⁷ Radesykelegene i gravgrendte strøk i Norge hadde ikke nok autoritet som sannhetsforvaltere, og sannheten om radesyken måtte utsies av noen andre. Hvem som snakket og hvor det ble snakket fra var viktigere enn hva det ble snakket om. Ser vi det slik, innebærer reisen til København en symbolpolitikk som først og fremst tilhørte eneveldets struktur. Selve det faktum at det knyttes en forbindelse mellom radesyken og København blir

History of Truth: Civility and Science in Seventeenth-Century England (Chicago: University of Chicago Press, 1994), kap. 5.

⁷⁶⁷ “[T]he highest truth no longer resided in what discourse was or did, but in what it said: a day came when truth was displaced from the ritualized, efficacious, and just act of enunciation, towards the utterance itself, its meaning, its form, its object, its relation to its reference.” Michel Foucault, “The Order of Discourse,” i R Young (red.), *Untying the Text: A Poststructuralist Reader* (Boston: Routledge and Kegan Paul, 1981), s. 54.

det vesentlige, uavhengig av hvilket innhold som faktisk lå i denne forbindelsen, hvor mange som observerte den og hvilket resultat det fikk. Radesyken kunne bare produseres som objekt for intervensjon i eneveldets maktsentrum. På samme måte som kolonitidens pasienter senere skulle transporteres tilbake til maktens sentrum i Europa for at deres sykdommer skulle bli ”virkelig”, ble pasienter med radesyke sendt til København. Slik informasjon om ukjente steder og planter ble innhentet ved reiser til ukjente strøk, og tatt med hjem på båter til Amsterdam, Paris eller London, slik måtte også radesyken forflyttes til det sted kunnskap ble produsert.⁷⁶⁸

De temaer jeg har berørt i denne delen, som diskusjonen vedrørende ambulatoriske leger eller sykehus, eller nedsendelsen av pasientene til København dreier seg til syvende og sist primært om å finne pragmatiske måter å tenke politikk i opplysningstida på: som befolkningspolitikk. En stor del av den norske befolkning var truet av en kronisk lidelse som kunne gjøre dem arbeidsuføre. Derfor måtte den forebygges, et av opplysningstidas virkelige moteord. For at tiltak kunne finne sted, måtte sykdommen gjøres til et objekt for politisk handling, til en størrelse med klart definerte angrepspunkter. I en historisk periode som fokuserte på statens muligheter til å øke befolkningens produktivitet gjennom en forbedring av deres kropper, ble det prekärt å utforske dette problemet som skapte så stor oppmerksomhet. Radesyken kunne ikke forbli i allmuens domene, men måtte forflyttes til det vitenskapelige felt (det måtte skapes et rom for den nye sykdommen i de eksisterende tabeller), til det politiske felt (ved å skape et mulig handlingsrom) og tilbake til landsbygda (så legen kunne intervenere på stedet).

⁷⁶⁸ Bruno Latour beskriver hvordan størrelser som botaniske arter, målinger og kunnskap på 1700-tallet ble fraktet fra koloniens periferi hjem til den vitenskapelige og økonomiske kjerne, ”centres of calculation”, som vitenskapelige og militære institusjoner. Dernest blir den tilgjengelige informasjon utnyttet i neste runde ekspedisjoner, som endrer og forbedrer den eksisterende kunnskap. Slik oppstår en ”cycle of accumulation” Naturhistoriens objekter som var langt borte, usynlige og ukjente, ble brakt tilbake til et sentrum der de ble gjort kjent, velordnet og forutsigbare, og ikke minst formbare i henhold til den nye informasjon som stadig innhentes. Jfr. Bruno Latour, *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society* (Milton Keynes: Open University Press, 1987).

Epilog

Navnene Radesyge og Theria ville, eftersom Studiet af Hudsygdommene og de syphilitiske Sygdomme hos os gaaer fremad, efterhaanden forsvinde.⁷⁶⁹

Denne avhandlingen har tatt for seg radesykens tidlige historie. I det som følger skal jeg gi en oppsummering av avhandlingens hovedpunkter og trekke noen linjer frem mot videre forskning. Først skal jeg imidlertid skissere noen grove riss av utviklingen på 1800-tallet, da radesyken gradvis forsvinner.

Radesyken fortsatte å spille en betydelig rolle i Norge utover i første halvdel av 1800-tallet. Rasmus Frankenau konstaterte lakonisk i sin tekst om sunnhetspolitiet at "Regieringen har allerede anvendt store Bekostninger, og adskillige brave Læger deres hele Konst, uden at udrette noget af Betydenhed."⁷⁷⁰ I 1807 ble Hans Iver Horn ansatt som "reisende Læge i Akershus og Christianssands Stifter" i anledning radesyken, og i 1814 fikk han stillingsbetegnelsen "Overinspektør over de Søndenfjeldske Foranstaltninger mod Radesygen".⁷⁷¹ Stillingen beholdt han imidlertid til sin død i 1836. Som jeg har vist, var også Frederik Holst opptatt av at man ikke hadde gjort nok for å hindre utbredelsen av sykdommen. I 1822 var det i hele Norge i alt 16 sykehus for "venerisk Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme", der det var innlagt drøyt 1000 pasienter.⁷⁷² Sykdommen nådde også selveste Stortinget: I 1821 ble en "proprietair" fra Jarlsberg med radesyke utvist fra Stortinget på grunn av sin stinkende ånde.⁷⁷³ Det er imidlertid mye som tyder på at sykdommen var i ferd med å avta på 1830-tallet.⁷⁷⁴

⁷⁶⁹ Boeck, "Klinik over Hudsygdommene og de syphilitiske Sygdomme," s. 273.

⁷⁷⁰ Frankenau, *Det offentlige Sundhedspolitie*, s. 78.

⁷⁷¹ Jfr. omtalen av Horn i Larsen, Larsen og Olsen, *Norges leger*, bd. III, s. 80-1. Stillingen ble opprettet opprinnelig fordi Horn hadde sendt en betenkning til kongen vedrørende radesyken. Ved kongelig resolusjon ble han imidlertid allerede i 1815 fritatt for å gjøre embetsreiser i forbindelse med radesyken "og foretog ei heller siden saadanne". Ibid., s. 81.

⁷⁷² Holst, "Sygehuse for venerisk Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme i Norge i Decenniet fra 1822 til 1831."

⁷⁷³ "Fra Storthinget havde Mowinkel skrevet, at der var en Proprietair fra Jarlsberg, der har Radesyge og saa stinkende Aande, at den inficerede det hele Værelse, hvorfor han er bortviist". Jfr. Claus Povels dagboksnotater av 13.2.1821. Pavels dagbøker er digitalisert og finnes på [<http://www.dokpro.uio.no/litteratur/pavels/1820-22/1820-22009.html>] (oppsøkt 30.6.2007).

⁷⁷⁴ I 1839 ble det anlagt en kommisjon i Bratsberg som skulle utrede hvorvidt man skulle ta inn pasienter med andre sykdommer enn radesyke i sykehuset, fordi så mange av de 106 sengene stod tomme. Det ble vedtatt i 1845. Jfr. Jens Henrichs, "Bratsbergs Amts Land-physicat og Hagesteens-Fahret. Sykehusforhold i Bratsberg amt fra 1773 til 1913," (Skien Historielag). Finnes på følgende URL: [<http://skienhistorielag.no/Arkivet/dokumenter/hagesteen/hagesteen.html>] [oppsøkt 20.6.2007].

Parallelt ble spørsmålet om sykdommens natur gjenstand for stadig større debatt. I 1815 publiserte Hans Munk, som hadde vært lege ved radesykehuset i Stavanger, en artikkel om radesyken der han erklærte at det som tidligere hadde blitt betegnet med begrepet radesyke, i virkeligheten var tre separate sykdommer: sibbens, elephantiasis, og alle slags ondartede sår.⁷⁷⁵ 15 år senere publiserte Johan Hjort en artikkel der han felte følgende dom over de tidlige radesyketekstene: ”Jeg søgte da Hjælp hos de forskjellige forfattere over denne Sygdom [radesygen], men jeg kom derved ikke stort videre; thi jeg bemærkede, at de Fleste af disse havde sammenblandet den med andre Sygdomme, saasom Syphilis, Spedalskhed, Scrophler, Skorbut osv., og at ingen havde givet en tydelig og bestemt Diagnose af Sygdommen”.⁷⁷⁶ Hjort hadde arbeidet som lege ved Rikshospitalets filialavdeling siden 1822, en avdeling der radesykepasienter dominerte. Året etter at denne artikkelen kom på trykk, i 1841, ble han overlege ved den nyopprettete hudavdelingen ved samme sykehus, den første spesialavdelingen i Norge. I 1837 hadde han mottatt et stipend for å reise utenlands for å studere hudsykdommene, og den foreliggende artikkelen har blitt skrevet på bakgrunn av de erfaringer Hjort gjorde seg på sin reise.⁷⁷⁷ Den var trykket som første artikkel i den første utgaven av *Norsk Magazin for Lægevidenskab*, som kom i 1840, og hadde altså et helt annet publikum enn radesyketekstene fra 1700-tallet. Det var ikke allmennheten, men legene som var målgruppen for denne teksten.

Hjort hevdet at radesyken feilaktig hadde blitt sammenblandet både med skjorbuk, spedalskhed og venerisk sykdom. Dette hadde etter hans mening medført stor forvirring, fordi begrepet radesyke dermed fremkalte en rekke feilaktige assosiasjoner. For å unngå disse måtte man konstruere et nytt navn, mente han. Dette nye navnet ble *theria*, som på gresk betyr ondartede sår. For Hjort var ikke radesyken – eller *theria* som han kaller den – lenger en sykdomssens, nå dreier det seg om en betennelse lokalisert i et spesielt vev: ”Radesygens væsentligste Symptomer bestaae i en chronisk Betændelse eller Infiltration saavel af den ydre som indre Hud (igjennem alle dennes Lag) som af det nærmest med samme i Forbindelse staaende Cellevæv” (Hjort s. 10). De viktigste symptomene på radesyken etableres nå som en

⁷⁷⁵ Munk, ”Om den norrska radesygen.” For Munks redegjørelser for sin praksis i sykehuset se følgende publikasjoner: Munk, ”Nachricht, wie sich die Radesyge in dem Krankenhause zu Stavanger in Norwegen im Jahr 1799 gezeigt, und wie sie behandelt worden.”; Hans Munk, ”Om Bratsberg Amts Sygehus i de siste forløbne 12 Aar,” *Eyr* 6 (1831): 1-16.

⁷⁷⁶ Jens Johan Hjort, ”Bidrag til Kundskab om de endemiske Hudsygdomme,” *Norsk Magazin for Lægevidenskab* 1, no. 1 (1840): 1-25.

⁷⁷⁷ ”[D]en Idee om Sygdommen, som gaaer igjennem den [artikkelen], har især udviklet sig paa min Udenlandsreise.” Reisen hadde også gjort ham bedre kjent med den nyere litteratur: ”Herved har jeg bestræbt mig for at følge den Methode, som de bedste nyere Forfattere over Hudsygdommene og Helkologien have fulgt.” (Hjort s. 3).

betennelse som strekker seg gjennom de anatomiske strukturer i hele hudens dybde. Ordet symptomer er ikke lenger et begrep knyttet til pasientens opplevelse, det er noe som foregår i pasientens kropp, uavhengig av pasientens erfaring. Bare 23 år skiller Norges siste nosolog, den unge Frederik Holsts, tekst fra denne teksten, men det er to forskjellige verdener det er snakk om.

I likhet med i de tidligere radesyketekstene fremheves de mange variasjonene sykdommen kan fremstå med, også i Hjorts artikkel. Men hos ham er det en helt annen bakgrunn for denne variasjonen. Hos Hjort er sykdommen løftet ned fra den ideelle sfære, og kan ikke skilles fra den enkelte kropp den befinner seg i. Det er ikke tilfeldig hvor i vevet den angriper, og heller ikke tilfeldig hvilke utslag den får. Variasjonene må snarere forklares som aspekter ved sykdommen selv, slik den kommer til uttrykk i de enkelte kropper. Han sier at affeksjonene ”antage ...efter deres specielle Sæde, Udstrækning, Gang og forskjellige tilfeldig indvirkende Momenter et saa forskjelligt Udseende, at det vil være nødvendig ved deres Beskrivelse at inddele dem i flere Former, hvorved man, som jeg haaber, lettere vil kunne orientere sig i denne hidtil saa meget omtvistede Sygdom.” (Hjort s. 10).

Theria deles derfor igjen i tre forskjellige undergrupper, alle bestemt av patologisk-anatomiske avgrensninger, etter hvilken form de har og hvor dypt de strekker seg i huden. Den første formen kalles *theria pustulosa sive cutanea*, og karakteriseres av sår som er begrenset til overhuden uten å føre til endringer på selve hudoverflaten. Over sårene skrumper de overliggende lag fast til en skorpe, og etter hvert skyter friske ”papillulae carneæ” frem og danner arr. Denne typen *theria* er igjen inndelt i tre, avhengig av hvordan sårene grupperer seg på overflaten; om de står isolert (*theria pustulosa sparsa*), om de danner tydelige grupper (*theria pustulosa figurata*) eller om de smelter sammen og danner en sammenhengende flate (*theria pustulosa area*). I tillegg til den pustuløse formen finnes det også en knutete eller tuberkuløs form, som Hjort kaller *theria tuberculosa sive subcutanea*. Det som kjennetegner denne typen er at den begynner med knuter (”tubercler”) som er tydelig opphøyet fra huden, og som, når de går i oppløsning, danner sår som strekker seg gjennom over- og underhuden. Den tredje formen er *theria phlegmonosa*, og den angriper de områder på kroppen hvor det ligger mye cellevev mellom hud og ben. I denne flegmonøse formen affiseres hele cellevevet, og sykdommen kan også strekke seg ned mellom underliggende muskler og sener (”hvilke da fremstaar som dissecerede paa Saarets Bund.” (Hjort s. 18). Ytterligere tre varianter, som alle karakteriseres ved at de angriper slimhinnene (den indvendige Hud), er: *theria faucium* (svelget), *theria cavitatis oris* (munnhulen), og *theria cavitatis nasi* (nesehulen).

Forskjellen mellom de tidlige radesyketekstene og Hjorts artikkel er åpenbar for alle som leser tekstene. I mellomtiden hadde det funnet sted en grunnleggende endring innenfor medisinen. Det var ikke lenger sykdomsklassifikasjonen som stod i sentrum, men sykdommens nedslag i den enkelte kropp. Bakgrunnen for dette var fremveksten av den anatomiske patologi. Den fikk sitt gjennomslag i Frankrike etter den franske revolusjon, med representanter som Javier Bichat og François Broussais.⁷⁷⁸ Sykdommer ble nå i slekt ved at de rammet de samme kroppslige vevssystemer, ikke ved at de hadde lignende symptomer. Funnene ved disseksjon ble grunnlaget for sykdomsbeskrivelsen: "[Disease] is no longer a pathological species inserting itself into the body wherever possible; it is the body itself that has become ill."⁷⁷⁹ Sykdomsforløpet fulgte ikke lenger sykdommens ideelle skjema, men kroppens egen fysiologi og anatomi. Det dreier seg ikke lenger om et forløp av pasientens egne erfarte symptomer, men om en geografisk forgrening av sykdom i kroppen, om hvor langt inn i vevet lesjonene strekker seg. Det vevet det er snakk om i Hjorts artikkel, er huden.

1800-tallet så utviklingen av en annen ny disiplin, dermatologien eller læren om hudsykdommer, en disiplin som var nært knyttet til den anatomiske patologien. Tidligere hadde huden i all hovedsak blitt oppfattet som en hinne, en overflate uten dybde. En viktig overflate, riktignok: Det som kom til uttrykk på kroppens overflate, var å anse som uttrykk for indre forstyrrelser. Huden var det sted kroppens sykdommer kom til syne, og der man kunne observere kroppens naturlige helbredelse gjennom utskillelse av avfallsstoffer i form av utsondringer, blodflekker eller andre typer utslett. Huden var også av betydning fordi den inneholdt de usynlige porene som var ansvarlig for den usynlige utdunstning. Men den dannet ikke noe eget organ. Flere av hudens strukturer hadde riktignok blitt påvist av anatomer på 1700-tallet,⁷⁸⁰ men de fikk ingen stor resepsjon.⁷⁸¹ I første halvdel av 1800-tallet oppstod det imidlertid en konsensus om at huden var et eget organ, med sine egne strukturer, med dybde. Dertil kom at man hadde begynt å klassifisere sykdommer i huden på andre måter. I *Isagoge*

⁷⁷⁸ Om dette, se Ackerknecht, *Medicine at the Paris Hospital, 1794-1848*; Foucault, *The Birth of the Clinic*.

⁷⁷⁹ Foucault, *The Birth of the Clinic*, s. 136.

⁷⁸⁰ Den franske legen Jean Astruc, som tidligere hadde skrevet om de veneriske sykdommer, skilte mellom epidermis, cutis, svettekjertler, talgkjertler, hårfollikler og taktile papulae i sin beskrivelse av svulster og sår i sin avhandling fra 1759. Jfr. Jean Astruc, *Tractatus de tumoribus & ulceribus: solidam theoriam, atque tutiorem praxim complectens: accedunt epistolae duae, I. circa compositionem quorundam remediorum, quorum mirabiles effectus jactant, sed praeparationem abscondunt, II. circa naturam, & virtutem quorundam remediorum, quae adversus leum venereum nuper proposita sunt* (Venetiis: Nicolai Pezzanae, 1766). Også andre 1700-tallsleger beskjeftiget seg med de sykdommer som kunne gi seg til kjenne på huden, f.eks. Daniel Turner, *De morbis cutaneis. A treatise of diseases incident to the skin, in two parts, with a short appendix* (London: 1714). Anne-Charles Lorry publiserte sin *Tractatus de morbis cutaneis* i 1777.

⁷⁸¹ "Yet, within a few years of the death of the last of the trio (Turner, Astruc, Lorry), direct references to their work virtually disappeared from the body of the new dermatologic treatises." Jfr. John T. Crissey og Lawrence Charles Parish, *The Dermatology and Syphilology of the Nineteenth Century* (New York: Praeger, 1981), s. 14.

hadde Galen skilt mellom sykdom som affiserte hud på hele kroppen, og den som bare affiserte hodet, og dette oppdelingsprinsippet hadde i det alt overveiende blitt fulgt frem til slutten av 1700-tallet. Engelskmannen Robert Willan la grunnlaget for den nye dermatologiens klassifikasjonssystem, som var basert på utslettenes morfologi, ikke på hvor på kroppen lesjonene kom.⁷⁸² For første gang fremstod hudsykdommene som et distinkt og særegent medisinsk emne, med en spesiell type lesjoner. Willans prosjekt var å utvikle et system av et visst antall grunnelementer som karakteriserte alle sykdommer. De første deler av hans verk kom ut mellom 1778 og 1808, og arbeidet ble ført videre etter Willans død av hans elev Thomas Bateman. I forordet beskriver Willan hva som var målet med verket, nemlig for det første ”to fix the sense of the terms employed, by proper definitions”. Det er altså primært et språklig anliggende. For det andre ville han ”constitute general divisions or disorders of diseases, from leading and peculiar circumstances in their appearance, to arrange them into distinct genera; and to describe at large their specific form or varieties.” Det dreide seg altså ikke bare om et morfologisk prosjekt, en nøytral beskrivelse av lesjoner, disse beskrivelsene skulle også føre til en klassifikasjon av hudsykdommene, en oppdeling i klasser og ordner. For det tredje satte Willan seg som mål ”to classify and give names to such as have not been hitherto sufficiently distinguished”.⁷⁸³ Willans nye system var altså både et morfologisk, diagnostisk og nosologisk anliggende. Dette systemet skulle være hudsykdommenes alfabet. Slik bokstavene i alfabetet utgjør et antall grunnelementer som kan kombineres på forskjellige måter og frembringe ulike ord, slik utgjorde hudens primærlesjoner for Willan et sett med elementer som ble kombinert i det uendelige i ulike sykdommer. Grunnelementene Willan postulerte var *papulae*, *synamae*, *exanthemata*, *bullae*, *pustulae*, *vesiculae*, *tuberculae* og *maculae*. Det var de grunnleggende lesjonene som var viktige for Willan, ikke den kliniske prosessen eller etiologiske forhold. Under dette lå det et strengt empirisk program: Man skulle ikke ta noe for gitt som ikke umiddelbart kunne bekreftes av sansene. Enhver etiologisk betraktning var derfor bannlyst. Etter hvert ble metoden kalt willanisme, en metode for å gjenkjenne hudsykdommer og for å klassifisere dem i henhold til opptreden av elementærlesjonene.

Willans åtte primærlesjoner kunne kombineres på forskjellige måter i ulike sykdommer. Selv om hans forbilde var Linné og botanistene, er det en grunnleggende endring som har funnet sted i forhold til klassifikasjonsmedisinens inndelinger. I

⁷⁸² Joseph Plenck hadde på 1770-tallet etablert et system for klassifikasjon basert på utslettenes morfologi, og Willan krediterer ham i forordet til sin bok. Jfr. Joseph Jacob Plenck, *Doctrina de morbis cutaneis* (Viennae: Apud Rudolphum Graeffer, 1776).

⁷⁸³ Sitatene over er hentet fra Willan, *Description and Treatment of Cutaneous Diseases*, s. IX.

klassifikasjonsmedisinen gikk bevegelsen fra det kompliserte (sykdomsarten) til det enkle (klassen eller ordenen). I willanismen går imidlertid bevegelsen fra det enkle (primærlesjonene) til det sammensatte (sykdommen), og begge deler befinner seg på det gittes nivå, i den enkelte syke kropp. Hver hudsykdom kunne i prinsippet klassifiseres ut fra et slikt sett av primærelementer, og disse primærlementene kunne igjen kombineres på utallige måter i ulike sykdommer.⁷⁸⁴ Til disse nye primærelementene hørte det også en ny form for presentasjon, nemlig den grafiske. Willans utgivelse inneholdt et sett illustrerte håndkolorerte plansjer, med inngående tegninger av hver primærlesjoner, samt av de viktigste sykdommene. Slik utformet primærlesjonene et visuelt alfabet, som kunne danne utgangspunkt for klassifikasjonen av hudsykdommer.

Ser vi nærmere på Hjorts inndeling av *theria* gjenfinner vi flere av Willans primærformer, nemlig pustler, tuberkler og sår. Det er dette som danner utgangspunkt for klassifikasjonen, ved siden av spørsmålet om hvor langt lesjonene strekker seg i vevsstrukturen. For Hjort hadde huden blitt kompleks og lagdelt, den bestod for ham av overhud og underhud, og inneholdt mange forskjellige elementer, som kjertelvev, hårfollikler og blodårer.

Det er dette perspektivet som gjør at Hjort kan si at radesyken er en og samme sykdom. Mens forfatterne av de tidlige radesyketekstene tok sin sykdomsenhet for gitt, ble det viktig for Hjort å argumentere for hvorfor såpass forskjellige symptomer allikevel skulle utgjøre en enhet. For sykdommen har, som han sier, "et og samme Sygdomsprincip", de er forskjellige symptomer av en og samme sykdom (Hjort s. 25). Han argumenterer for dette med utgangspunkt i den anatomiske patologien. De forskjellige typer *theria* har sitt "sæde i analoge systemer" (Hjort s. 25). De angrepne vev ligner hverandre, de har den samme anatomisk-patologiske struktur.

⁷⁸⁴ Willans system ble ikke mottatt like velvillig i alle kretser. Jean Louis Alibert, av mange regnet som fransk dermatologis grunnlegger, var hele sitt liv en sterk motstander av "willanisme", som han mente var kunstig og lite organisk. Han lanserte et alternativt klassifikasjonsprinsipp som ikke baserte seg på oppdeling i et antall grunnelementer, men på den klassiske nosologiske tankegangen – fra det mer generelle til det mer spesielle, grafisk presentert som et tre med grener. Radesyken ble plassert i gruppe seks, som hadde fire undergrupper: *leuce*, *spoloplasie*, *elephantiasis* og *radesyge*. Syfilis finnes i gruppe syv, som hadde to undergrupper: Syphilis og mycoser. Jfr. Jean-Louis Alibert, *Description des maladies de la peau* (Paris: Aillaud, 1806-27). En rekke av 1800-tallets dermatologer opererte med radesyke i sine klassifikasjonssystemer. Hos Charles Maria Gibert ble radesyke plassert i gruppen "tuberkler", som foruten radesyke også inkluderte *elephantiasis graecorum*, *elephantiasis arabum*, og *keliodene* ("en outre, maladies rares et exotiques, telles que le bouton d'Alep, la Radesyge de Norvege, le molluscum d'Amboine, le pian de colonies, dont plusieurs especes peuvent se reproduire sporadiquement et exceptionnellement dans nos climats temperes.") Charles Maria Gibert, *Manuel des Maladies Spéciales de la Peau*, 3 utg. (Paris: Delville Cavellin, 1860 [1834]). Friedrich Jacob Behrend (1803-1889) plasserte *radesygen* i gruppe IX, blant de ikke-syfilittiske hudsykdommene, i undergruppen *degenerationes cutis*, som for øvrig bestod av *elephantiasis tuberculosa*, *pians/yaws/framboesia*, *cancer cutaneus*, *kelois* og *lupus*.

Det er lett for oss, som til dels lever innenfor det samme paradigme som begynte å få fotfeste da Hjort skrev sin tekst, å slutte at medisinen på denne tiden endelig hadde begynt å se det som skulle ha vært åpenbart også for forfatterne av radesyketekstene. Hjort foregir å gjenta i skrift kun de enkle sanseintrykkene som har presentert seg for hans blikk. Men dette blikket er en persepsjonsmodus som ikke er uavvendelig gitt, men som er historisk betinget og basert på en komplekst strukturert måte å sanse på. Patologisk-anatomiske forandringer i hudens bestanddeler er ikke umiddelbart gitt for den naive tilskuer. De fordrer en fortolker som leser hudens ytre manifestasjoner med et blikk som vet, et blikk som kjenner strukturen innenfor og har lært seg å tolke, å se på den ubrutte huden hva den histologiske undersøkelsen ville ha vist når huden ble skåret opp. Hjort var ikke lenger, som 1700-tallets leger, opptatt av den stadig foranderlige overflaten. Han rettet blikket mot manifestasjonene i det indre av huden, og fokuserte på forstyrrelser i den kroppslige organismen. Hjort taler så å si fra mikroskopet, det er de små patologiske vevsdetaljer som spiller hovedrollen i denne teksten, ikke de uendelige fargeforandringer, selv om disse absolutt finnes. Morfologien har flyttet innover i vevet, blikket som borer i dybden har overtatt for overflateblikket.

I teksten skjer det også en forskyvning i radesykens tid. Vi har sett at blant annet Mangor opererte med et slags ideelt temporalt skjema. For klassifikasjonen av sykdommen hadde sykdomsforløpet, i betydningen av det kronologiske tidsforløp hos den enkelte pasient, ingen betydning. Som et slags modningsskjema gjorde temporale overveielser seg allikevel gjeldende i betraktninger over den ideelle sykdomsessens utenfor kroppen. Hos Hjort er det nærmest en total mangel på temporale betraktninger. I den grad tid overhodet blir vesentlig, er det som kronologisk tid; ettersom timene går og betennelsen får utvikle seg, blir de enkelte kroppssår større. Den primære referansen er allikevel romlig i en konkret forstand: lesjonenes dybde i huden, eventuelt deres høyde over huden.

Årsaksspørsmålet blir bare berørt en eneste gang i hele artikkelen, og da forekommer det ikke som selvstendig tema, men for å understøtte det generelle argumentet om at sykdommen er én enkelt sykdom, og ikke flere. Hjort slår fast, i løpet av én setning, at årsaken er den samme i alle tilfeller, nemlig rått klima og nytelsen av "slett tilberedte Melspiise". Som hos 1700-tallslegene er diett og klima fremdeles gyldige årsaker, men de er ikke med på å bestemme sykdommens natur.

Hjort hadde som tidligere nevnt lang erfaring med radesyken fra Rikshospitalet. Den medisinske praksis var blitt grunnleggende endret siden 1700-tallet. Hjort arbeidet på et universitetssykehus og observerte mange pasienter om gangen. For ham kunne kunnskap om sykdommer bare skapes gjennom observasjon av pasienter, og helst mange av dem. På

Rikshospitalet hadde dertil pasientbehandling og undervisning blitt uløselig knyttet sammen, noe som medførte en grunnleggende endring i kunnskapstilegnelsen.

Hjorts praktiske erfaring blir da også ledd i legitimeringen av hans egne standpunkter. Mens leger som Mangor og Møller gjorde lite ut av sin erfaring fra radesykehusene i Norge i sine avhandlinger om radesyken, var Hjort svært opptatt av det sted han skriver fra. Hans erfaring var kommet til gjennom praksis på store avdelinger i landets største sykehus, der pasientene lå side om side og gjorde sammenligning mulig og nødvendig. Da Mangor og Møller hadde etablert radesykens plass i hierarkiet av sykdommer, var denne bestemmelsen ikke gjenstand for ytterligere problematisering, men for Hjort var kunnskapen om radesyken reviderbar. Han mente man skulle observere sykdommen ”i naturen”, øke antallet observasjoner og revidere kunnskapen i lys av disse observasjonene. Klinikken gav også mulighet til en annen av den nye medisinsens særmerker, og som vi ser den spede begynnelse til her: bruken av tallteknologier. Samlet i sykesenger utgjør pasientene observasjonsmaterialet for Hjorts tekst. Den enkelte pasient har blitt et kasus som kan ordnes og telles og slik utgjøre kilde til kunnskap. Vi får vite hvor mange pasienter han har sett (400), og flere ganger oppgir han kvantitative størrelser fra dette pasientmaterialet for å underbygge sine standpunkter. Mens de tidlige radesykelegenes blikk i stor grad er et vertikalt blikk, som beveger seg fra den enkelte pasient og til en sykdomssessens, var Hjorts blikk et horisontalt blikk, som sammenlignet mange pasienter.

Med denne teksten forandres altså hele bildet. Mellom 1700-tallets radesykeleger og Hjort står i første rekke to vesentlige endringer: det ene på kunnskapsplanet, det andre på det institusjonelle plan. Radesyken blir på en måte større, mer universell. Den mister karakter av en norsk sykdom, som den også hadde gjort hos Holst før ham. Hjort var overbevist om at sykdommen *theria* fantes over store deler av Europa. Men radesyken blir også mindre omfattende. Det er ikke lenger snakk om det harde livet på sjøen, om trange stuer og illeluktende strømper. Nå er det tale om en sykdom som er begrenset til en kropp, begrenset til en hud som er lagdelt og har dybde.

Den siste teksten jeg skal undersøke er skrevet av Carl Wilhelm Boeck, og utgitt i 1860 under tittelen *Traité de la Radesyge*, med undertittelen *syphilis tertiaire*.⁷⁸⁵ Uttrykket *syphilis tertiaire* står i parentes på tittelbladet, men det som virkelig skjer med denne teksten, er at radesyken blir satt i parentes: Boeck er ”kommen til den overbevisning, at radesygen

⁷⁸⁵ Boeck, *Traité de la Radesyge (Syphilis Tertiaire)*.

intet annet er, end en affødning af Syphilis".⁷⁸⁶ Med dette verket blir radesyken definitivt oppløst, idet den ikke erkjennes som selvstendig sykdom, men etableres som en form for langt fremskreden syfilis. Teksten hadde først blitt publisert som bind II i fem-bindsverket *Samling af iagttagelser om hudens sygdomme*. Bind II kom i 1855, på norsk og fransk, men ble altså publisert på fransk i særtrykk i 1860. Denne utgaven ble trykket i samarbeid med sju forlag, i Paris, London, København, New York, Leipzig, Stockholm og Oslo. Det er altså et langt sprang fra 1700-tallets opplysningsskrifter om radesyken utgitt til et allment publikum og Boecks avhandling, skrevet på fransk, rettet mot et internasjonalt korps av venereologer.

Carl Wilhelm Boeck ble professor i medisin ved det Kongelige Frederiks universitet i 1851, og han skulle undervise i kirurgi, hudsykdommer og syfilis. Det var imidlertid den nye disiplinen dermatologi, og dens underdisiplin venereologi som var Boecks interessefelt. Sammen med Daniel Cornelius Danielssen skrev han verket *Om Spedalskhed*, som ble publisert med regjeringens støtte i 1847,⁷⁸⁷ og oversatt til fransk året etter. Fra 1850 drev han sin egen klinikk, og der begynte han å behandle syfilispasienter med syfilisasjon fra 1852. Den bestod i gjentatte kutane inokulasjoner av sekret fra bløte sjankre, inntil inokulasjonen ikke forårsaket ytterligere reaksjon. Auzias-Turenne, som etablerte metoden, fikk aldri lov til å prøve den ut i franske sykehus og ble også nedstemt i det franske akademi.⁷⁸⁸ Om syfilisasjonen skrev Boeck i flere verker,⁷⁸⁹ og syfilisasjonen ble brukt i Norge som den viktigste behandling for sekundærstadiet av syfilis mellom 1852 til 1875. Totalt ble 1075 pasienter behandlet ved sykehusene i Christiania. Boeck ble også invitert til London Locke hospital i 1865, og forsøkte syfilisasjon på 19 kvinner der.⁷⁹⁰

Boeck proklamerer altså allerede på tittelbladet at radesyken er identisk med en avansert form for syfilis. Han befinner seg langt på vei innenfor det samme kunnskapsregimet som Hjort. Også han holder seg primært til morfologiske og anatomisk-patologiske detaljer når han skal forklare sykdommen. Han sier: "Vi have i Radesygen en Tuberkeludvikling

⁷⁸⁶ Det foreligger også en artikkel fra 1852 på norsk, som er et tidlig utkast til denne boken. Der jeg siterer deler av boken som finnes i denne artikkelen, siterer jeg rett fra den norske artikkelen. Der henvisninger er til boka fra 1860, er alle oversettelser mine.

⁷⁸⁷ Danielssen og Boeck, *Om spedalskhed*.

⁷⁸⁸ Auzias-Turenne definerte metoden slik: "Syfilisasjon er den tilstand der organismen ikke lenger er sårbar for å utvikle syfilis, som en konsekvens av en slags syfilitisk metning". Joseph Alexandre Auzias-Turenne, *La syphilisation. Publication de l'oeuvre du docteur Auzias-Turenne, faite par les soins de ses amis. Syphilisation, Syphilis, Vaccine; sur les maladies virulentes; variétés*. (Paris: Ballière, 1878), s. 75.

⁷⁸⁹ Carl Wilhelm Boeck, *Fortsatte Observationer om Syphilisationen* (Christiania: 1859); Carl Wilhelm Boeck, *Syphilisationen som Curmethode* (Christiania: Dahl, 1857); Carl Wilhelm Boeck, *Syphilisationen studeret ved Sygesengen* (Christiania: 1854); Carl Wilhelm. Boeck, "Recherches cliniques sur la syphilisation," *Revue médicochirurgicale* (1855): Særtrykk.

⁷⁹⁰ For en nærmere redegjørelse for Boeck og syfilisasjonen, se bl.a. Grande, "Veien, sannheten og livet: norske medisineres vitenskapelige moderniseringsarbeid ca. 1840-1880", s. 107-32.

enten paa den ydre Hud, eller paa Slimmembranerne” . Han godtar også i store trekk Hjorts beskrivelser av de morfologiske endringene i vevet. Etter hans mening har tidligere tiders uenighet om radesyken bestått i at man ikke hadde en eksakt beskrivelse over sykdommen, men dette hullet i erkjennelsen hadde Hjort fylt. Ikke desto mindre, sier han, overbeviste nettopp disse beskrivelsene ham om at radesyken ikke kunne være en egen lidelse, slik Hjort hadde hevdet: ”Den eksakte beskrivelsen av radesyken har fått den til å forsvinne som en uavhengig sykdom”.⁷⁹¹ For Boeck er det åpenbart at radesyken er en form for syfilis: ”Etter min mening er den subkutane radesyke ikke noe annet enn en utvikling av tumores i det subkutane vev, analogt til de gummøse tumorene som de franske har etablert, det er den samme fundamentale form, som hyppig forekommer ved gamle syfilitiske affeksjoner.”⁷⁹² Hvordan går så Boeck til verks for å etablere radesyken som syfilis? For det første forholder han seg i mye større grad enn Hjort til internasjonal litteratur. For det andre bruker han historiske perspektiver på radesyken, og for det tredje drøfter han pasienthistorier – alt for å underbygge og legitimere sin oppfatning. Boeck trer inn i en internasjonal diskurs som på mange måter var endret siden Hjorts tid.

De gangene Hjort refererte til internasjonal litteratur, var det til verk innenfor den generelle dermatologien. Boeck forholder seg derimot først og fremst til venerologien, eller læren om kjønns sykdommene, som hadde blitt en sterk grendisiplin innenfor dermatologien i de årene som var gått siden Hjort publiserte sin tekst. Mannen som fremfor alt hadde bidratt til å gjøre venerologien akseptabel i vitenskapelige kretser, var franskmannen Philippe Ricord, Napoleon IIIs livlege og medlem av det franske akademi. Ricord er kjent for å ha skilt ut gonoré og syfilis som separate sykdommer, men i denne sammenheng er det mest relevant at han delte syfilis inn i tre stadier. Det første, eller primære stadium, var en lokal sykdom, manifestert i sår på kjønnsdelene. Det andre stadium innebar en generalisert syfilis, det vil si at sykdommen hadde spredd seg til blodet og forårsaket utslett på hele kroppen i forskjellige former. Det tredje, eller tertiære stadium bestod i affeksjon av hud, ben og muskler, såkalte *gummata*, som var bløte, store hevelser som kunne erodere skjelettet og føre til misdannelser. Boeck henviser i stor grad til franskmannens redegjørelser. Han presenterer grundige sammenligninger av Hjorts morfologiske og anatomisk-patologiske beskrivelser av radesyken og beskrivelsene av syfilis gitt i den nyere franske litteratur. Deretter kommer han til at

⁷⁹¹ “La description exacte de la Radesyge l’a fait disparaître comme maladie indépendante.” Boeck, *Traité de la Radesyge (Syphilis Tertiaire)*, s. 53.

⁷⁹² “[T]outefois dans mon opinion la Radesyge sous-cutané n’est autre chose qu’un développement de tumeurs dans le tissu sous-cutané analogues aux tumeurs gommeuses mentionnées par les Français, c’est la même forme fondamentale, qui se montre fréquemment dans les anciennes affections syphilitiques, mais au lieu d’une tumeur isolée il y a dans cette forme des groupes de tumeurs sous-cutanées.” Ibid., s. 33.

forskjellene ikke kan sies å være så store at de gjør radesyken fortjent til å være en egen sykdom; han hevder at symptomene på syfilis i det tredje stadium i stor grad sammenfaller med "vår egen Radesyge".

Imidlertid gjenstår det allikevel et betydelig problem som angår selve sykdomsforløpet. Sårerne på kjønnsdelene som oppstår i syfilis' første stadium er oftest fraværende i radesyken. Dertil benekter de fleste pasientene at de noensinne har hatt seksuell omgang med mulig smittede. Boeck henviser til Ricord og den franske venereologien når han avviser disse problemene. Ricord hadde fremhevet tilstedeværelsen av symptomfrie intervaller mellom de forskjellige stadier av syfilis. Dette innebar at pasientene kunne være tilsynelatende friske i perioden mellom de ulike stadiene. Til tross for at radesyken fremviser sykehistorier uten opplysning om seksuelle utskeielser og uten sår på genitalia i sykdommens første stadium, måtte den betegnes som syfilis i sykdommens tredje stadium. Grunnen til at det var vanskelig å finne anamnesticke opplysninger om seksuelle utsvevelser eller sår på kjønnsdelene, var at pasientene hadde vært symptomfrie så lenge når de fikk radesyke at det hadde gått i glemmeboken eller blitt fortrenget. Boeck innførte også den mulighet at radesyken kunne være et resultat av foreldrenes synder, i det at primærsmitten hadde forekommet hos foreldrene, som hadde overført den til sine barn.⁷⁹³ Dermed ville ikke pasientene ha opplevd noe primærstadium, og de anamnesticke opplysninger følgelig mangle. Den kronologiske tiden har her gått inn som en nødvendig del av sykdomsbeskrivelsene, og blitt svært relevant. Mens Hjorts tekst nærmest var blottet for temporale overveielser, har tiden her blitt helt sentral for fremførelsen av hovedargumentet.⁷⁹⁴

Det er en annen grunnleggende forskjell mellom Boeck og Hjord sine tekster: Boeck bruker stor plass på gjengivelsen av pasienthistorier. Det var et generelt trekk ved vitenskapelige tekster på denne tiden at presentasjonen av sykehistorier utgjorde en tekstlig norm. Uten sykehistorier, ingen fremvisning av kjennskap til virkeligheten. Teorien måtte forankres i empirien. Boeck presenterer imidlertid svært få av sine egne pasienthistorier. Langt de fleste er sykehistorier nedtegnet av Hjord på den tiden han var lege ved filialavdelingen. Da Hjord skrev sin artikkel om *theria*, beklaget han at disse sykehistoriene

⁷⁹³ Jfr. Ibsens *Gjengangere*, der Oswald har fått smitten fra sin far.

⁷⁹⁴ Det er fristende å trekke en parallell til historiefagets utvikling i samme periode. Reinhart Koselleck har påpekt hvordan det tradisjonelle topos *Historia Magistrae Vitae* – historien som livets læremester – ble avløst av tanken om en historie som fremstod som absolutt bevegelig og foranderlig, med en klar retning – fremover. Mens tidligere tiders historieskrivning hadde vært de eksemplariske fortellinger fra fortiden som man skulle lære av, blir det nå et uavvendelig skille mellom fortid og fremtid – tid har kommet inn som et helt sentralt element. En lignende overgang finner altså også sted i 1800-tallets medisinske diskurs. Jfr. Reinhart Koselleck, "Historia Magistra Vitae. Über die Auflösung des Topos im Horizont neuzeitlich bewegter Geschichte," *Vergangene Zukunft. Zur Semantik geschichtlicher Zeiten*, (Frankfurt a. M: 1979).

ikke lot seg anvende. Dette skyldtes, i følge Hjort, at han ikke hadde vært tilstrekkelig opplyst om hudsykdommene ved det tidspunkt, og dermed skrevet for dårlige og for lite detaljerte sykejournaler. Hvorfor brukte ikke Boeck egne pasienthistorier? Da førsteutkastet til denne teksten ble skrevet, i 1852, hadde Boeck i to år hatt sin egen avdeling der han behandlet syfilispasienter, så det skulle ikke ha manglet pasientmateriale. Det kan være mange mulige grunner til at disse historiene ble valgt i stedet for Boecks egne. Men en retorisk effekt som oppstår i teksten, er at pasienthistoriene snarere fremstår som elementer i den historiske redegjørelsen enn som selvstendige eksempler, til tross for at de i teksten er presentert som nettopp det, i et eget avsnitt. Det dreier seg om 16 sykehistorier. Hos alle er navn, diagnose, symptomer og forløp angitt. Av journalskriveren får de henholdsvis merkelappene lepra, *theria* eller syfilis. Boeck mener imidlertid at han kan lese av beskrivelsene at dette dreier seg om en og samme sykdom, nemlig syfilis. Og han konkluderer: ”Jeg tror at de observasjonene jeg har nevnt er tilstrekkelige for å bevise at det som i våre hospitaler har gått under navnet lepra, *theria* og radesyke ikke er annet enn gamle syfilitiske tilfeller”.⁷⁹⁵ Selv om Boeck ikke skriver det, er effekten klar. Hjort presenterte riktignok en utfyllende anatomisk-patologisk beskrivelse av radesyken. Men han feilet foran sykesengen, i praksis. Han så ikke at det han kalte *theria*, i virkeligheten ikke var noe annet enn syfilis.

Selv om Boeck ikke skriver noe om årsaksforhold i sin tekst, innebar selve diagnosen syfilis en årsaksangivelse, idet det var kjent at syfilis var en sykdom som smittet venerisk, ved samleie. Ricord hadde også tidlig slått fast at syfilis var forårsaket av et syfilitisk virus, som han kalte det, et smittestoff. I Norge hadde oppmerksomheten rundt de veneriske sykdommene ført til at det ble innført obligatorisk legevisitasjon av de prostituerte i 1840, og de som politilegen avslørte kjønnsykdommer hos, ble lagt inn på Rikshospitalet til behandling. Sannsynligvis ble de fleste lagt inn på Boecks serviceavdeling etter at den ble åpnet i 1850, og det er naturlig at en stor andel av de pasienter Boeck brukte i sitt kombinerte terapi- og forskningsarbeid vedrørende syfilisasjonen, hadde sin opprinnelse her. På en måte er altså radesyken forflyttet tilbake igjen til omgivelsene. Radesyken hadde på 1700-tallet blitt uløselig knyttet til trange hus, våte klær og rått fisk, men nå knyttes sykdommen igjen til løsaktige kvinner, som hos Bonnevie. På midten av 1800-tallet har imidlertid prostitusjon og byenes utsvevende liv tatt over for det russiske orlogsskipet, de veneriske frukter og den lokale havnens løsaktige kvinner.

⁷⁹⁵ ”Du reste je crois que les observations déjà mentionnés suffiront pour prouver que ce que dans nos hôpitaux on a nommé Lepre, Theria, Radesyge, n’est pas autre chose que d’anciens cas syphilitiques.” Boeck, *Traité de la Radesyge (Syphilis Tertiaire)*, s. 42.

Avslutning

”Erfaringen synes [...] at tale for, at Sygdommene afløse hverandre, at de selv ere underkastede Udvikling, have deres Historie ligesom alt Andet. De lade til hver for sig at fødes, leve og dø. De enten forsvinde, naar Mennesket har lært at helbrede dem; eller, naar de ere ved at forsvinde, mener Mennesket at have lært at helbrede dem.”⁷⁹⁶

Denne avhandlingen har undersøkt den tidlige historien til en sykdom som av de fleste i samtiden ble oppfattet som en ny sykdom, nemlig radesyken. Selv om den fremstod som ny, var reaksjonene hovedsakelig basert på eksisterende praksiser og ideer om hvordan man skulle håndtere sykdom. Min tilnærming skiller seg fra de fleste andre historiene om radesyken ved at jeg har konsentrert meg om den samtidige forståelsen av sykdommen, heller enn å gjøre den antakelse at radesyken var en annen sykdom, som for eksempel syfilis. Det å identifisere en sykdom som syfilis forutsetter vår tids årsaksbegreper, og dermed også 1800-tallets fremvekst av laboratoriet og bakteriologien. Radesyken var en mer sammensatt størrelse enn den enkle tilstedeværelsen av et patogen, projisert tilbake i tid av mennesker som har kunnskap om patogener. Heller enn å se på medisinske fremskritt, har jeg vært opptatt av å undersøke hvordan radesyken har fremstått i samtiden. Dette blir særlig viktig for den periode jeg hovedsakelig har undersøkt, som ut fra et teleologisk synspunkt ikke innebærer noen store vitenskapelige nyvinninger.

I avhandlingen har jeg forsøkt å spore forbindelser mellom radesykens tekster, grunnlegging av sykehus og livet på landsbygda i Norge. Jeg er klar over at det finnes lesere som synes at en så detaljert analyse er meningsløs, fordi den ikke forteller noe videre verken om hva sykdommen egentlig var, eller om medisinenes fremskritt. Men jeg har ønsket å vite *hvorfor* kvikksølv og skjørbuksgress fremstod som en plausibel behandling i radesykens samtid, ikke hvorvidt behandlingen virket. Jeg har vært interessert i *på hvilken måte og hvorfor* sykehusene ble ansett som de riktige steder å behandle sykdom på, ikke i å spore det moderne sykehusvesens begynnelse i og med radesykehusene.

Denne tilnærmingen, ønsket om en grunnleggende historisering, har preget så å si hele avhandlingen. I del I undersøkte jeg historiene om radesykens opphav. Målet var ikke å finne ut hvor og når radesyken først kom til Norge. Snarere brukte jeg opphavsfortellingene for å løfte frem elementer som jeg mener var vesentlige for etableringen av radesyken som kollektiv størrelse, som fenomen i den norske bevissthet. Ved denne undersøkelsen av opphavshistoriene ønsket jeg ikke å vise at sykdommen ”egentlig” var noe annet enn det som

⁷⁹⁶ Troels Troels-Lund, *Sundhedsbegreber i Norden i det 16 aarhundrede* (København: Schubothseske forlag, 1900).

vanligvis blir hevdet. Opphavshistoriene ble ikke brukt for å komme nærmere radesykens sanne natur, de utgjorde ikke en samling av symptomer tilgjengelig for diagnostisk intervensjon. Det var heller ikke min intensjon å argumentere for at radesyken ”egentlig” hadde mange forskjellige begynnelser, eller at radesyken egentlig var en multikausal lidelse.⁷⁹⁷ Jeg har snarere forsøkt å få alt i historisk bevegelse for å bli i stand til å vise hvordan slike historier formidler avgjørende elementer som sykdomsteorier, kollektive reaksjoner og historiografiske posisjoner i ettertid. Jeg har vært interessert i hvordan disse historiene ble produsert, hvordan de ble kommunisert og hvilken effekt de hadde, snarere enn hvorvidt de korresponderer med andre representasjoner.

I avhandlingens første hovedbolk ble den historiserende tilnærming anvendt på den såkalte radesykelitteraturen. Gjennom en inngående analyse av disse tekstene forsøkte jeg å løfte frem radesykens grunnleggende annerledeshet i denne tidlige perioden. Jeg forsøkte å forstå dem ikke med utgangspunkt i dagens diagnostiske sykdomsenheter, men med utgangspunkt i samtidens medisinske teori. I stedet for å avvise disse tekstene som vidløftige spekulasjoner forsøkte jeg å etablere dem som historiske begivenheter, vise de historiske mulighetsbetingelser de oppstod innenfor. I omtalen av radesykens tegn viste jeg at tegnbegrepet og symptombegrepet ikke kan identifiseres med våre begreper om tegn og symptom. Snarere hadde radesyketeksternes begrep om tegn sin referanse i den medisinske semiotikken, en av medisinenes nøkkeldisipliner på 1700-tallet. Tegnet refererte ikke til en sykdomsenhet, men viste snarere til en sykdomstilstand. Den var derfor ikke primært knyttet til en diagnose, slik det medisinske tegn fremstår i dag, men det gav anvisninger for terapeutisk handling. Tilsvarende var symptomet, eller ”tilfældet”, som 1700-tallets leger i Danmark-Norge kalte det, ikke noe som refererte til noe subjektivt i motsetning til noe objektivt, utenfor kunnskapens domene, men et fenomen som ble knyttet til selve klassifikasjonen av sykdom.

Det begrep om årsaker som radesyketekstene baserte seg på, er kanskje det som minst av alt lar seg forstå med utgangspunkt i dagens medisin. Disse tekstene knytter an til en tradisjon som etablerte et årsaksbegrep som hadde flere forskjellige nivåer. Årsaker kunne være proksimale eller fjerntliggende, og de bevirket forskjellige typer utfall avhengig av de konkrete omstendigheter de virket under. Årsaksbegrepet viser kanskje tydeligst hvor vanskelig det er å beholde fokus på det historisk spesifikke dersom man bedriver retrospektiv

⁷⁹⁷ En slik tilnærming var utgangspunktet for 1800-tallslegen Charles Creighton, som baserte sin historie om Storbritannias epidemier på en tilnærming som kan kalles en sykdommenes naturhistorie, i motsetning til den nye bakteriologien, som han mente tilbød altfor enkle forklaringer. Charles Creighton, *A History of Epidemics in Britain*, 2 bind (Cambridge: University Press, 1891).

diagnose. Vår tids årsaksbegrep er grunnleggende forankret i bakteriologiens fremvekst på slutten av 1800-tallet, og forutsetter tilstedeværelsen av laboratorier, agrarkulturer og medisinske eksperimenter. 1700-tallet har ingen av delene, derimot baserer de seg på en lang historisk tradisjon som forutsetter en filosofisk årsaksdiskusjon med røtter i antikken. På 1700-tallet var det medisinske årsaksbegrepet et aggregat av alt som på en eller annen måte kunne influere sykdomsstatus. For 1700-tallets universitetsutdannede leger var det derfor ensbetydende med empirisme og dårlig vitenskap å redusere spørsmålet om årsak til én enkelt. Tilsvarende har jeg i omtalen av radesykens behandling forsøkt å forstå hvorfor de anbefalte den behandling de gjorde, snarere enn å uttale meg om hvor effektiv denne behandlingen var. Også når det gjelder omtalen av behandling står disse tekstene fast etablert i en historisk tradisjon. Jeg har forsøkt å vise hvordan det i behandlingsanbefalingene kommer sammen en rekke forskjellige historiske retninger. Radesykelegene var eklektikere, men de tok ikke sine anbefalinger av eget bryst. Slutten av 1700-tallet er en periode i endring. Radesyken kan fungere som et prisme for denne type endring, og jeg håper det har kommet tydelig frem.

Jeg har i all hovedsak tatt for meg 1700-tallets etablering av radesyken. Det gjenstår en rekke interessante problemstillinger til senere forskning. På 1800-tallet finner det sted, som jeg nylig har berørt helt sporadisk, en reformulering av radesyken med grunnlag i de gjennomgående endringer som medisinen gjennomgår i den angjeldende periode. Spørsmål som det har ligget utenfor denne avhandlingen å besvare, er blant annet hva som skjer når radesyken forsvinner og blir et objekt som tilhører historien.

I avhandlingens andre hovedbolk har jeg forsøkt å vise hvordan radesyken i stigende grad fremtrer som et objekt som må håndteres av styresmaktene. Igjen ligger fokuset på radesykens tidlige fase. Radesyken oppstår som problem for styresmaktene i en periode som i økende grad ser befolkningens helse som et anliggende for staten. Jeg har vært interessert i noen av drivkreftene i denne utviklingen, som fattigdomsspørsmålet og befolkningspolitikken. Antagelig var innsatsen mot radesyken sterkere forankret i slike forutsetninger enn i enkeltindividers medlidenhet. Snarere enn å evaluere de behandlingstiltak som ble satt inn, hvorvidt de var effektive eller ikke, har jeg forsøkt å løfte frem de diskusjonene og tiltakene som ble ført og kontekstualisere dem i forhold til samtidens øvrige diskusjoner og praksiser. Det har ikke vært intensjonen utelukkende å fokusere på tiltak som faktisk ble gjennomført, like viktig har det vært å redegjøre for den historiske situasjon som gjorde slike tiltak mulig. Igjen blir det tydelig at radesyken skriver seg inn i samtidens debatt vedrørende sykdomsforebygging. Diskusjonene om hvorvidt sykdommen skal møtes med omreisende

leger eller ved bygging av sykehus, tar ikke slutt før mot slutten av århundret, men mens den diskusjonen føres, reises de første sykehus i Norge med terapeutisk intensjon. Jeg har forsøkt å vise hvordan denne diskusjonen ikke bare kan ses i en lokal kontekst som en respons på radesyken, men at den trer inn i en svært aktuell debatt, nemlig diskusjonen om hvorvidt det beste er å tilby behandling hjemme hos pasientene eller på egnede institusjoner. Håndteringen av radesyken i Danmark-Norge finner derfor sted i en tid der muligheten for sykehus som det mest anvendelige sted for behandling av fattige syke formuleres for første gang. Samtidig får Norge til sammenligning med Danmark en uforholdsmessig stor andel av de nye fysikater og kirurgikater; takket være radesyken kommer etableringen av institusjoner og legestillinger tidligere til Norge.

Den historiske undersøkelse av radesykehusene bør bli gjenstand for en egen avhandling i fremtiden, de utgjør en så vidt viktig del av norsk institusjonshistorie at de hadde fortjent en grundigere behandling enn jeg har hatt anledning til her. I omtalen av dem har jeg tatt utgangspunkt i tesen om at radesykehusene representerer noe kvalitativt nytt. Det nye ved radesykehusene var for så vidt ikke i seg selv at det tilbys behandling. Det nye var at legen spilte en så sterk rolle i initiering og drift av sykehusene. De har gått fra å være primært sosiale institusjoner til å bli primært medisinske institusjoner, noe som gjenspeiler seg i sykehusenes arkitektur, i de måltidene pasientene tilbys og i sykehusets daglige rutiner. Del II har bare tatt for seg den helt tidlige fase i håndteringen av radesyken. Et viktig spørsmål det kan være interessant å forfølge i fremtiden, er hvorvidt etableringen av disse sykehusene etter hvert kommer til å endre rammene for den medisinske epistemologi. Påvirker det radesyken at disse institusjonene etableres, og i tilfelle på hvilken måte? Dette krever inngående empiriske studier, men vil absolutt være mulig med det materialet som foreligger.

Det bør ha blitt klart at denne avhandlingen har hatt som hovedmål å forsøke å forstå radesyken på samtidens egne premisser. Allikevel har jeg altså valgt å gi plass til en ekskurs som har stilt spørsmålet om hva radesyken var – egentlig. I ekskursen forsøkte jeg å søke etter dagens sykdomsenheter i fortiden, og tok for gitt at det var mulig å etablere en synkronisitet mellom dagens medisin og fortidens tekster. I ekskursen ble spørsmålet om sykdommenes historie redusert til et spørsmål om identitet. Utgangspunktet var for meg at jeg ønsket å ta dette spørsmålet på alvor, siden det var et spørsmål som jeg i alle sammenhenger ble møtt med. Jeg hadde også et håp om at jeg slik kunne få et bedre grep om sykdommens fysiske uttrykk. Men det som ble klart i arbeidet med ekskursen var at de fortidige begivenheter ble redusert til å bli tegn på noe som allerede var der. I søket etter hva radesyken egentlig var, ble det meste av det jeg hadde arbeidet med tidligere i avhandlingen, satt i parentes. Jeg håper

tilstedeværelsen av ekskursen i avhandlingen viser – i praksis – hvor vanskelig det er å stille slike spørsmål til sykdommenes historie, og på den annen side hvor mye man mister av det historisk spesifikke.

Epigrammet for denne avslutningen skrev kulturhistorikeren Troels-Lund i 1900. Det har lenge vært en opplest sannhet at de såkalte ”kulturdiagnosene” som hysteri, klorose og melankoli er historiske kategorier. Også sykdommer som radesyke og skjørbuk, som befinner seg langt fra den kulturelle sfæren, har sin opplagte historie. Det fremkaller ydmykhet også i forhold til dagens diagnoser. Medisinen er mektig fordi den i siste instans tilbyr den autoritative fortolkning av sykdommenes verden. Men vår tids medisinske sannheter er ikke uomgjengelige, overhistoriske størrelser. Om hundre år vil svært mye dagens medisin synes som enten irrasjonelt eller rett og slett irrelevant.

To some diseases that have disappeared and which have only left their imprint in the archives of science, follow other diseases, unknown to the contemporary generation and which come to light for the first time. In other words some diseases are defunct and there are new diseases.⁷⁹⁸

⁷⁹⁸ C Anglada, *Étude sur les maladies éteintes et les nouvelles maladies pour servir à l'histoire des évolutions séculaires de la pathologie* (Paris: J.-B. Baillière et fils, 1869), s. 1.

Litteratur og Kildemateriale

Arkiver

Riksarkivet (RA).

Her har jeg hovedsakelig benyttet meg av det såkalte radesykeskapet, som finnes i det Danske Kansellis skapsaker, 9. skap, pakke nr. 165 A-C. Det har fått forkortelsen RA, DK, Skapsaker, skap nr. 9, Pk 165.

Statsarkivet i Kristiansand (SAK).

Her har jeg hovedsakelig benyttet meg av stiftsamtmannens arkiv og Lister og Mandals amts arkiv (LMA). I notene er det detaljerte redegjørelser for henvisningene, også der det er henvist til andre deler av statsarkivet.

Statsarkivet i Kongsberg. Her har jeg sett på arkivet etter radesykehuset i Bratsberg, særlig nr. 319.

Litteratur

Abrahamsen, Olav Arild. *Flekkefjord på 1800-tallet: fra sild til sålelær*. Bind 1 i *Flekkefjords historie*. Flekkefjord: Flekkefjord sparebank, 1987.

Ackerknecht, Erwin. "Anticontagionism between 1821 and 1867." *Bulletin for the History of Medicine* 22 (1948): 562-93.

Ackerknecht, Erwin Heinz. *Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1963.

———. *Medicine at the Paris Hospital, 1794-1848*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1967.

———. *Therapeutics from the Primitives to the 20th Century*. New York: Hafner Press, 1973.

Adolph, H.P., P. Yugueros og J.E. Woods. "Noma: a Review." *Ann Plast Surg* 37 (1996): 657–68.

Ahlander, C. Th. "Diss. inaug. de morbo cutaneo luum venerem consecutivam simulante." Universitetet i Uppsala, 1806.

Aikin, John. *Thoughts on Hospitals. With a Letter to the Author by Thomas Percival*. London: Joseph Johnson, 1771.

Alibert, Jean-Louis. *Description des maladies de la peau*. Paris: Aillaud, 1806-27.

Andersson, Karl-Gustaf (red.), *Oppdaginga av fattigdommen: sosial lovgiving i Norden på 1700-talet*. Oslo: Universitetsforlaget, 1983.

Anglada, C. *Étude sur les maladies éteintes et les nouvelles maladies pour servir à l'histoire des évolutions séculaires de la pathologie*. Paris: J.-B. Baillière et fils, 1869.

Antal, G.M, S.A Lukehart og Meheus A.Z. "The endemic treponematoses." *Microbes and Infection* 4, no. 1 (2002): 83-94.

Arbo, Nicolaus. *Afhandling om Radesygen eller Salt-Flod*. København: C.L. Buchs Forlag, 1792.

- Arbo, Nicolaus og Christian Elovius Mangor. *Zwey Abhandlungen von den Kennzeichen, Ursachen und der Heilmethode der Radesyge von Arbo und Mangor. Mit einer Vorrede von Phil. Gabr. Hensler*. Altona: Hammerich, 1797.
- Arbuthnot, John. *An essay Concerning the Nature of Aliments, and the Choice of Them, According to the Different Constitutions of Human Bodies. In which the different Effects, Advantages and Disadvantages of Animal and Vegetable Diet, are Explained*. 4. utg. London: J. and R. Tonson, 1756 [1731].
- Armstrong, David. *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
- Arrizabalaga, Jon. "Syphilis." I: Kenneth F Kiple (red.), *The Cambridge World History of Human Disease*, s. 1025-32. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- Arrizabalaga, Jon, John Henderson og Roger K. French. *The Great Pox: the French Disease in Renaissance Europe*. New Haven: Yale University Press, 1997.
- Astruc, Jean. *Tractatus de tumoribus & ulceribus: solidam theoriam, atque tutiorem praxim complectens: accedunt epistolae duae, I. circa compositionem quorundam remediorum, quorum mirabiles effectus jactant, sed praeparationem abscondunt, II. circa naturam, & virtutem quorundam remediorum, quae adversus leum venereum nuper proposita sunt*. Venetiis: Nicolai Pezzanae, 1766.
- Auzias-Turenne, Joseph Alexandre. *La syphilisation. Publication de l'oeuvre du docteur Auzias-Turenne, faite par les soins de ses amis. Syphilisation, Syphilis, Vaccine; sur les maladies virulentes; variétés*. Paris: Ballière, 1878.
- Bang, Frederik Ludvig. *Praxis medica: systematice exposita*. København: Simmelkiær, 1789.
- . *Selecta diarii nosocomii regii Friedericiani Hafniensis*. København: Simmelkiær, 1789.
- Bang, Frederik Ludvig og Friedrich Adolph Heinze. *Medicinische Praxis: systematisch erklärt*. Kopenhagen: Gottlob Prost, 1791.
- Barnes, Barry og Steven Shapin. *Natural Order: Historical Studies of Scientific Culture*. Beverly Hills: Sage Publications, 1979.
- Beardall, J. M. og J. D. Miller. "Disease in Humans with Mycotoxins as Possible Causes." I: J. D. Miller og H. L. Trenholm (red.), *Mycotoxins in grains. Compounds other than aflatoxin*, s. 487-539. St. Paul, Minnesota: Eagan Press, 1994.
- Belart, Johannes. "De morbo quem Radesyge nominant. Dissertatio inauguralis pathologica", 1830.
- Bell, Benjamin. *Treatise on Lues Venerea*. Edinburgh: James Watson, 1793.
- Berg, Fredrik. *Linnés systema morborum*. Bd. 3, *Uppsala universitets årsskrift*. Uppsala, 1957.
- Berger, Peter L. og Thomas Luckmann. *The Social Construction of Reality: a Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Doubleday, 1967.
- Blangstrup, Chr. *Salmonsens Konversationsleksikon*. 2 utg. København: Schultz, 1915.
- Bleker, Johanna, Eva Brinkschulte og Pascal Grosse. *Kranke und Krankheiten im Juliusspital zu Würzburg 1819-1829. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland*. Husum: Matthiesen Verlag, 1995.
- Blom, Kari, Kjell Irgens, Egil Ertresvaag og Svein Aage Knudsen. *"De fattige Christi lemmer": Stiftelsen St. Jørgens historie*. Bergen: Stiftelsen St. Jørgen, 1991.
- Blumenberg, Hans. *Work on Myth*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1990.
- Boeck, Carl Wilhelm. *Fortsatte Observationer om Syphilisationen*. Christiania, 1859.
- . "Klinik over Hudsygdommene og de syphilitiske Sygdomme." *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* 6, 2. rekke (1852): 273-330.
- . "Radesyge." I: Carl Wilhelm Boeck og Daniel C. Danielsen (red.), *Samling af iagttagelser om hudens sygdomme*. Kristiania, 1855.

- . *Syphilisationen som Curmethode*. Christiania: Dahl, 1857.
- . *Syphilisationen studeret ved Sygesengen*. Christiania, 1854.
- . *Traité de la Radesyge (Syphilis Tertiaire)*. Christiania: Johan Dahl, 1860.
- Boeck, Carl Wilhelm. "Recherches cliniques sur la syphilisation." *Revue médicochirurgicale* (1855): Særtrykk.
- Boerhaave, Herman. *Dr. Boerhaave's Academical Lectures on the Theory of Physic, being a Genuine Translation of his Institutes and Explanatory Comment*. Bd. 4-6. London: Rivington, 1747.
- Boerhaave, Herman og J. Delacoste. *Boerhaave's Aphorisms: Concerning the Knowledge and Cure of Diseases*. London: W. and J. Innys, 1724.
- Bohn, C E. "Mumsens Tagebuch." I: *Nyeste kjøbenhavnske efterretninger om lærde sager*, s. 770-72. København, 1790.
- Boissier de la Croix de Sauvages, François. *Nouvelles classes de maladies, qui dans un ordre semblable à celui des botanistes, comprennent toutes les maladies, avec leurs signes et leurs indications*. Avignon, 1731.
- Boissier de la Croix de Sauvages, François. *Nosologia methodica sistens morborum classes, genera et species*. Amsterdam: Fratrurn de Tournes, 1763.
- Bondevik, Hilde. "Medisinens orden og hysteriets uorden: hysteri i Norge 1870-1915." Doktoravhandling, Det humanistiske fakultet 2007.
- Borge, Carl Jonathan. "Radesygen." *Tidsskrift for den norske lægeforening* 25, no. 12 og 13 (1905): 427-32, 67-75.
- Boswell, James og Edmond Malone. *The Life of Samuel Johnson*. New York: Modern Library, 1931.
- Brandis, Philip "Om den ditmarsiske Syge " *Bibliothek for læger* 2 (1810): 1-26.
- Bricka, C. F. *Dansk biografisk Lexikon: tillige omfattende Norge for Tidsrummet 1537-1814*. København: Gyldendal, 1887.
- Brockliss, Laurence og Colin Jones. *The Medical World of Early Modern France*. Oxford: Clarendon Press, 1997.
- Bruun, Carl. *Kjøbenhavn I-IV*. Kjøbenhavn: Thiele, 1901.
- Bull, Francis, Arnold Eskeland og Edgar B. Schieldrop. *Gyldendals store konversationsleksikon*. 2. utg. Oslo: Gyldendal, 1965.
- Byberg, Lis. *Biskopen, bøndene og bøkene: leseselskapene i Kristiansands stift 1798-1804*. Oslo: Høgskolen i Oslo, 1998.
- Bylebyl, Jerome J. "Galen on the Non-Natural Causes of Variation in the Pulse." *Bulletin of the History of Medicine* 45 (1971): 482-85.
- Bynum, W. F. "Treating the Wages of Sin: Venereal Disease and Specialism in Eighteenth-century Britain." I: W. F. Bynum og Roy Porter (red.), *Medical Fringe and Medical Orthodoxy 1750-1850*, s. 5-28. London: Croom Helm, 1987.
- Bynum, W. F. og Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. New York: Routledge, 1993.
- Børdahl, Per og Øivind Larsen. "Hvorfor et 'almindeligt Hospital for Riget'? ." I: Per Børdahl, Øivind Larsen, Jacob Birger Natvig, et al. (red.), *De tre riker. Rikshospitalet 1826-2001*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001.
- Callisen, Heinrich. *System der neuern Wundarzneykunst: zum öffentlichen und Privatgebrauche*. Kopenhagen: Christian Gottlob Proft, 1788.
- Canguilhem, Georges. *La formation du concept de réflexe aux XVII et XVIII siècles: thèse pour le doctorat ès lettres présentée des lettres de l'univ ersité de Paris*. Paris: Presses universitaires de France, 1955.
- . *The Normal and the Pathological*. New York: Zone Books, 1989.

- Carpenter, Kenneth J. *The History of Scurvy and Vitamin C*. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 1986.
- Carstens, Svein. "Lokal sykehusutvikling i en vitenskapelig brytningstid: Trondhjems Borgelige Sygehus, senere Trondhjems Kommunale Sygehus 1805-1902." Doktoravhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2006.
- Clemedson, Carl Johan. "Semiotik und Krankheitsdiagnostik in den Vorlesungen Carl von Linnés über sein Systema Morborum." I: Frank Marguth Christa Habrick, Jörn Henning Wolf (red.), *Medizinische Diagnostik in Geschichte und Gegenwart. Festschrift für Heinz Goerke zum sechzigsten Geburtstag*, s. 255-67. München: Werner Fritsch, 1978.
- Coleman, William. "Health and Hygiene in the Encyclopedie." *History of medicine* 29 (1974): 399-421.
- Conner, Susan. "The Pox in Eigtheenth-century France." I: Linda Evi Merians (red.), *The Secret Malady: Venereal Disease in Eighteenth Century Britain and France*, s. 15-33. Kentucky: The University Press of Kentucky, 1996.
- Conrad, Peter og Joseph W. Schneider. *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. St. Louis: Mosby, 1980.
- Corbin, Alain. *The Foul and the Fragrant: Odor and the French Social Imagination*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1986.
- Creighton, Charles. *A History of Epidemics in Britain*. 2 bind. Cambridge: University Press, 1891.
- Crissey, John T. og Lawrence Charles Parish. *The Dermatology and Syphilology of the Nineteenth Century*. New York: Praeger, 1981.
- Csonka, G og J Pace. "Endemic nonvenereal treponematosi (bejel) in Saudi Arabia." *Reviews of Infectious Diseases* 7 (Suppl. 2) (1985): 260-5.
- Cullen, William. *Nosology; or, A systematic Arrangement of Diseases, by Classes, Orders, Genera, and Species, and Outlines of the Systems of Sauvages, Linnaeus, Vogel, Sagar, and Macbride*. Edinburgh: C. Stewart, 1800.
- . *Synopsis Nosologiae Methodicae*. Edinburgh, 1769.
- Cullen, William og Peter Reid. *First Lines of the Practice of Physic*. Edinburgh: Reid & Bathgate, 1810.
- Cuzzani, Paola de. *Å lese medisinen. Normalitet og patologi i den franske medisinfilosofi*. Oslo: Spartacus, 2003.
- Dahlerup, Verner. *Ordbog over det danske sprog*. København: Gyldendal, 1919.
- Danbolt, N. "Remarks on the radesyge therapy." *Acta Derm Venereol Suppl* 32, no. 29 (1952): 87-90.
- Danielsen, Arthur. "Chirurgus Hendrich Deegen og radesykehuset i Flekkefjord." *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 123 (2003): 3559-61.
- . "Spyttehuse, Incurable-stue og Liigskiul: Radesykehuset i Flekkefjord." I: JA Balto (red.), *Fortidsminneforeningens årbok*, s. 83-89. Oslo: Foreningen til norske fortidsminnesmerkers bevaring, 2000.
- Danielsen, Arthur og Bjarne Bjorvatn. "Radesyken – en norsk tragedie." *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 123 (2003): 3557-8.
- Danielssen, Daniel Cornelius og Carl Wilhelm Boeck. *Om spedalskhed*. Christiania: Chr. Grøndahl, 1847.
- Darelius, Johan A. *Socken-Apothek och någre Hus-Curer*. Stockholm: Nyström og Stolpe, 1760.
- Darnton, Robert. *Mesmerism and the End of the Enlightenment in France*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press, 1968.

- Daston, Lorraine. "Objectivity and the Escape from Perspective." *Social Studies of Science* 22 (1992): 597-618.
- (red.), *Biographies of Scientific Objects*. Chicago: University of Chicago Press, 2000.
- De Fine, Bendix Christian. *Stavanger Amptes udførlige Beskrivelse*. Stavanger: Dreyer/Rogaland historie- og ættesogelag, 1987 [1743].
- Deegen, Henrik. *Noget om Radesygen, observeret ved Sygehuuset i Flechefiord og udgivet til Nytte for Almuen*. Christiansand: Andreas Swane, 1788.
- Delaporte, François. *Disease and Civilization: the Cholera in Paris, 1832*. Cambridge, Mass., 1986.
- Diderot, Denis og Jean Le Rond d'Alembert. *Encyclopédie, ou dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*. New York: Readex Microprint Corp., 1969 [1751-1776].
- Dioscorides, Pedanius. *De materia medica*. Bd. 38, *Altertumswissenschaftliche Texte und Studien*. Hildesheim & New York: Olms-Weidmann, 2005.
- Dross, Fritz. "Krankenhaus und lokale Politik. Das Beispiel Düsseldorfs 1770-1850." Doktoravhandling, Heinrich Heine-Universität Düsseldorf, 2002.
- Duden, Barbara. *The Woman Beneath the Skin: A Doctor's Patients in Eighteenth-Century Germany*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1991.
- Dutens, L. *An Inquiry into the Origin of the Discoveries Attributed to the Moderns: wherein it is Demonstrated, that our most Celebrated Philosophers Have, for the most Part, Taken What they Advance from the Works of the Ancients*. London: W. Griffin, 1769.
- Dyrvik, Ståle. "Avgjerdsprosessen og aktørane bak det offentlege fattigstellet i Norge 1720-1760." I: Karl-Gustaf Andersson (red.), *Oppdaginga av fattigdommen: sosial lovgiving i Norden på 1700-talet*, s. 109-85. Oslo: Universitetsforlaget, 1983.
- Dørum, Knut. "Fattigdommen på landsbygda på 1700-tallet." *Heimen*, no. 2 (1995): 73-85.
- Daae, Ludvig. *En Krønike om Kvinesdal*. Christiania: Cammermeyer, 1894.
- Egardt, Brita. *Hästslakt och rackarskam: en etnologisk undersökning av folkliga fördomar*. Stockholm, 1962.
- Ehlers, Edvard. *Folkesyphilis i Danmark*. København: H. Koppel, 1919.
- Eich, Wolfgang. *Medizinische Semiotik (1750-1850). Ein Beitrag zur Geschichte des Zeichenbegriffs in der Medizin*. Freiburg, 1986.
- Elias, Norbert. *The Civilizing Process*. Oversatt av Edmund Jephcott. New York: Urizen Books, 1978 [1937].
- Eliassen, Finn-Einar. *Den førindustrielle byen: ca. 1500-1850*. Bind 2 i *Mandal bys historie*. Mandal: Mandal kommune, 1995.
- Erichsen, Stian W. "Radesyken." *Tidsskrift for den norske lægeforening* 84, no. 22 (1964): 1531-37.
- Estes, J.W. "Quantitative observations of fever and its treatment before the advent of short clinical thermometers." *Medical History* 35, no. 2 (1991): 189-216.
- Faber, Knud. *Nosography in Modern Internal Medicine*. New York: Hoeber, 1923.
- Falk, Hjalmar og Alf Torp. *Etymologisk ordbog over det norske og det danske sprog*. Kristiania: Aschehoug, 1903.
- Federhofer, Marie-Theres. "Wetterzeichen. Zum meteorologischen Kodierungsverfahren Jacob Nicolaj Wilses (1735-1801)." *Cardanus. Jahrbuch für Wissenschaftsgeschichte* 2 (2001): 13-29.
- Feldbæk, Ole. *Tiden 1730-1814*. i Aksel E. Christensen et al. (red.), *Gyldendals Danmarks Historie*. København: Gyldendal, 1982.
- Figlio, Karl. "Chlorosis and Chronic Disease in 19th Century Britain: The Social Constitution of Somatic Illness in a capitalist Society." *Social History* 3 (1978): 167-97.

- Fischer, H. "Metaphysische, experimentelle und utilitaristische Traditionen in der Antimonliteratur zur Zeit der 'wissenschaftlichen Revolution' (1520-1820)." Doktoravhandling, Technische Universität, 1988.
- Flakstad, Gunnar Ragnvald. *Begynnelsen til et offentlig fattigstell: Akershus' stiftsanordning 1741-1801*. Oslo, 1967.
- Fleck, Ludwik. *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1980 [1935].
- Fleck, Ludwik, Robert S. Cohen og Thomas Schnelle. *Cognition and Fact: Materials on Ludwik Fleck*. Dordrecht: Reidel, 1986.
- Fossen, Anders Bjarne. *Bergen bys historie*. Bergen: Universitetsforlaget, 1979.
- Foucault, Michel. *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. London: Tavistock, 1973 [1963].
- . *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Union Generale d'editions, 1961.
- . *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal, 1999
- . "Nietzsche, Genealogy, History." I: Paul Rabinow (red.), *The Foucault Reader*. London: Penguin Books, 1984.
- . "The Order of Discourse." I: R Young (red.), *Untying the Text: A Poststructuralist Reader* s. 48-78. Boston: Routledge and Kegan Paul, 1981.
- Fracastorius, H. *Contagion, Contagious Diseases and their Treatment*. Oversatt av Wilmer Cave Wright. New York: Putnam, 1930 [1546].
- Frankenau, Rasmus. *Det offentlige Sundhedspolitie under en oplyst Regiering: især med Hensyn paa de danske Stater og deres Hovedstad: en Haandbog for Øvrigheder og Borgere*. København: Poulsen, 1801.
- French, Roger og Andrew Cunningham. *The Medical Enlightenment of the Eighteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Gabler, Ernst. *Lateinisch-deutsches Wörterbuch für Medizin und Naturwissenschaften*. Berlin: Hermann Peters, 1857.
- Garfinkel, Harold. *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1967.
- Gaub, Hieronymus David. *Institutiones pathologiae medicinalis*. Edinburg: A. Donaldson 1762 [1750].
- Gedike, Carolus Aemilius "Dissertatio inauguralis medica de morbo, quem Radesyge dicunt, in Norvegia endemico." 1819.
- Gibert, Charles Maria. *Manuel des Maladies Spéciales de la Peau*. 3 utg. Paris: Delville Cavellin, 1860 [1834].
- Gislesen, Jon. *De elephantiasi Norvegica: praeside Jo. Clemente Tode: pro gradu doctoris disputabit*. Havniae, 1785.
- Gjestland, T. "The Oslo study of untreated syphilis: an epidemiological investigation of the natural course of the syphilitic infection based upon a re-study of the Boeck-Bruusgaard material." *Acta Derm Venereol* 35 (Suppl. 34) (1955): 3-368.
- Goldwater, Leonard J. *Mercury; a History of Quicksilver*. Baltimore: York Press, 1972.
- Gotfredsen, Edvard. *Det kongelige Frederiks Hospital*. København: Novo Terapeutiske Laboratorium A/S, 1957.
- Grande, Jan Groven. "Veien, sannheten og livet: norske medisineres vitenskapelige moderniseringsarbeid ca. 1840-1880." Doktoravhandling, NTNU, 2003.
- Grankvist, Rolf. *Nidaros kirkes spital 700 år: Trondhjems hospital 1277-1977*. Trondheim: Brun, 1982.

- Greenblatt, Charles L. *Digging for Pathogens: Ancient Emerging Diseases - their Evolutionary, Anthropological, and Archaeological Context*. Rehovot: Balaban, 1998.
- Greenblatt, Charles L. og Mark Spigelman. *Emerging Pathogens: the Archaeology, Ecology, and Evolution of Infectious Disease*. Oxford/New York: Oxford University Press, 2003.
- Grell, Ole Peter, Andrew Cunningham og Robert Jütte. *Health Care and Poor Relief in 18th and 19th Century Northern Europe*. Aldershot: Ashgate, 2002.
- Grimm, Jacob og Wilhelm Grimm. *Deutsches Wörterbuch*. Leipzig, 1873.
- Gruber, F. "Skrljevo Disease - two Centuries of History." *International Journal of STD & AIDS* 11 (2000): 207-11.
- Grøn, Fredrik. "Kan radesyken delvis forklares som en hypovitaminose? ." *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* 99 (1938): 457-70.
- Gustafsson, Harald. *Political Interaction in the Old Regime: Central Power and Local Society in the Eighteenth-Century Nordic States, Det Nordiska forskningsprojektet Centralmakt och lokalsamhälle – beslutsprocess på 1700-talet*. Lund: Studentlitteratur, 1994.
- Gyldenløve, Ulrik Christian. *Dag-Register over Hans Kongelige Mayestæts, Kong Friderich den Fierdes Reyse i Norge udi Aaret 1704*. Christiania: Samuel Conrad Schwach, 1770.
- Hacking, Ian. *Historical Ontology*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2002.
- . *The Social Construction of What?* Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1999.
- Hallager, Laurents. *Norsk Ordsamling, eller Prøve af norske Ord og Talemaader: tilligemed Et Anhang indeholdende endeel Viser, som ere skrevne i det norske Bondesprog*. Kjøbenhavn: Popp, 1802.
- Harrison, Mark. *Disease and the Modern World: 1500 to the Present Day*. Cambridge: Polity Press, 2004.
- Hartley, L. P. *The Go-Between*. Chelsea: Scarborough House, 1953.
- Harvey, Gideon. *The Disease of London or a New Discovery of the Scorvey*. London: James, 1675.
- Hassing, M. "Det saakaldte jydsk syphiloid." *Ugeskrift for Læger* 1 (2. Række), no. 9 (1844): 129-43.
- Henrichs, Jens. "Bratsbergs Amts Land-physicat og Hagesteens-Fahret. Sykehusforhold i Bratsberg amt fra 1773 til 1913." *Skien Historielag*.
- . "Kan radesyken tillægges nogen betydning i vore sindslidelsers ætiologi?" *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* 74 (1913): 881-916.
- Henriksen, Petter. *Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon*. 3. utg. Oslo: Kunnskapsforlaget, 1995.
- Hensler, Philipp Gabriel. *Ueber Kranken-Anstalten*. Hamburg, 1785.
- . *Vom abendländischen Aussatze im Mittelalter*. Hamburg, 1790.
- Hess, Volker. "Medical Semiotics in the 18th Century: A Theory of Practice? ." *Theoretical Medicine* 19, no. 3 (1998): 203-13.
- . *Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin. Die Entstehung der klinischen Methode zwischen 1750 und 1850*. Husum: Matthiesen Verlag, 1993.
- Hill, James. *Cases in Surgery - to which is Added an Account of Sibbens*. Edinburgh: John Balfour, 1772.
- Hirsch, August. *Die Chronischen Infections- und Intoxications-Krankheiten, parasitäre Wundkrankheiten und chronische Ernährungs-Anomalieen vom historisch-geographischen Standpunkte und mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie*. Bd.

- 2, *Handbuch der historisch-geographischen Pathologie*. Stuttgart: Ferdinand Enke, 1883.
- Hjort, Jens Johan. "Bidrag til Kundskab om de endemiske Hudsygdomme." *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* 1, no. 1 (1840): 1-25.
- Hock, Johan Daniel. *Kundskab om alle slags veneriske Tilfælde og deres fortrinligste Lægemidler*. København: Niels Christensen, 1792.
- Holberg, Ludvig. *Ludvig Holbergs Moralske Tanker*. København: Berling, 1744.
- Holst, Frederik. *Historisk Underretning om Rigshospitalet i Christiania indtil Udgangen af Aaret 1826*. Christiania, 1826.
- . *Morbus quem radesyge vocant quinam sit quanamque ratione e Scandinavia tollendus?* Christiania, 1817.
- . "Sygehuse for venerisk Syge, Radesyge og andre ondartede Hudsygdomme i Norge i Decenniet fra 1822 til 1831." *Eyr* 10 (1834): 1-44.
- Holst, Frederik og Anne Kveim Lie (red.). *Hva er sykdommen som kalles Radesyge, og på hvilken måte kan den utryddes fra Skandinavia? med utdrag av Claus Pavels' dagboksnotater fra doktordisputasen*. Oversatt av Stig Oppedal. Oslo: Det norske medicinske Selskab, 2005.
- Homerus. *Iliaden*. Oversatt av Peder Østbye. Oslo: Aschehoug, 2002.
- Hudson, Ellis Herndon. *Treponematosi*. Bind 5 i Henry A. Christian (red.), *Oxford Medicine*. New York: Oxford University Press, 1949.
- Huebsch, RF "Gumma of the Hard Palate, with Perforation; Report of a Case." *Journal of Oral Surgery* 8 (1955): 690-3.
- Hughes, Elwyn R "The Rise and Fall of the 'Antiscorbutics'. Some Notes on the Traditional Cures for 'Land Scurvy'." *Medical History* 34 (1990): 52-64.
- Huisman, Frank og John Harley Warner. *Locating Medical History: the Stories and their Meanings*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2004.
- Hünefeld, Friedrich Ludwig. *Die Radesyge, oder Das skandinavische Syphiloid: aus skandinavischen Quellen dargestellt*. Leipzig: L. Voss, 1828.
- Håndlykken, Mirjam. "'Det begynte med Radesygehuset på Aase-Backe.' Bratsberg Amts Radesygehus 1776-1884." *Telemark historie. Tidsskrift for Telemark historielag* 24 (2003): 44-63.
- Ilmoni, Immanuel. *Bidrag till Nordens sjukdoms-historia*. Helsingfors: J. Simelii arfvingar, 1846.
- Jacobsen, Gunnar. *Norske boktrykkere og trykkerier gjennom fire århundrer: 1640-1940*. Oslo: Den norske boktrykkerforening, 1983.
- Jarcho, Saul. "Galens Six Non-Naturals." *Bulletin of the History of Medicine* 44 (1970): 372-77.
- Johannisson, Karin. *Den mörka kontinenten: kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedt, 1994.
- . *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter*. Stockholm: Norstedts, 1990.
- . *Nostalgia: en känslas historia*. Stockholm: Bonnier, 2001.
- . *Tecknen: läkaren och konsten att läsa kroppar*. Stockholm: Norstedt, 2004.
- Jordanova, Ludmilla. "Earth Science and Environmental Medicine: The Synthesis of the Late Enlightenment." I: Roy Porter og Ludmilla Jordanova (red.), *Images of the Earth. Essays in the History of the Environmental Sciences*, s. 119-46. Chalfont St. Giles: British Society for the History of Science, 1979.
- . "The Social Construction of Medical Knowledge." *Social History of Medicine* 8, no. 3 (1995): 361-81.

- Jütte, Robert. "Syphilis and Confinement. Early Modern German Hospitals for Syphilitics." I: Norbert Finzsch og Robert Jütte (red.), *Institutions of confinement. Hospitals, asylums and prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*, s. 97-116. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- . "Vom Hospital zum Krankenhaus: 16. bis 19. Jahrhundert." I: Alfons Labisch og Reinhard Spree (red.), *"Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett". Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*, s. 31-50. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 1996.
- Kalkar, Otto. *Ordbog til det ældre danske Sprog*. København: Universitets-jubilæets danske Samfund, 1881-1907.
- Kant, Immanuel. "Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?" *Berlinische Monatschrift IV* (1785): 481-94.
- Kildal, Arne og Karl Fischer. *Norske folkeboksamlinger: fra leseselskapets tid til bibliotekreformen av 1902*. Oslo: Aschehoug, 1949.
- King, Lester S. *The Medical World of the Eighteenth Century*. Chicago: The University of Chicago Press, 1958.
- . *The Philosophy of Medicine: the Early Eighteenth Century*. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
- . "Some Problems of Causality in Eighteenth Century Medicine." *Bulletin of the History of Medicine* 37 (1963): 15-24.
- Kirwald, H. og A. Montag. "Stage 3 Syphilis of the Mouth Cavity." *Laryngorhinootologie* 78 (1999): 254-8.
- Kjær, Ulla. "Hospitaller i Frederiksstaden." *Architectura. Arkitekturhistorisk Årsskrift* 21 (1999).
- Knudsen, Margunn Skjei. "Fra frelse til helse: spedbarnsdødelighet og omsorgssyn i Norge ca. 1700-1830 med særlig vekt på forholdene i Vår Frue sokn, Trondheim." Doktoravhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 1997.
- Koselleck, Reinhart. "Historia Magistra Vitae. Über die Auflösung des Topos im Horizont neuzeitlich bewegter Geschichte." I: *Vergangene Zukunft. Zur Semantik geschichtlicher Zeiten*, s. 38-66. Frankfurt a. M, 1979.
- . *Kritik und Krise. Eine Studie zur Pathogenese der bürgerlichen Welt*. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1973.
- Kraft, Jens. *Topographisk-statistisk Beskrivelse over Kongeriget Norge*. Christiania, 1820.
- Kraus, Ludwig August. *Kritisch-etymologisches medicinisches Lexikon, oder Erklärung des Ursprungs der aus dem Griechischen, dem Lateinischen und aus dem Orientalischen Sprachen in die Medicin und in die zunächst damit verwandten Wissenschaften aufgenommenen Kunstausdrücke, zugleich als Beispielsammlung für jede Physiologie der Sprache*. 3. utg. Göttingen: Deuerlich, 1844.
- Kruger, Steven F. *AIDS Narratives: Gender and Sexuality, Fiction and Science*. New York: Garland, 1996.
- Krünitz, Johann Georg. *Oeconomische Encyclopädie, oder allgemeines System der Staats-Stadt- Haus- und Landwirthschaft in alphabetischer Ordnung*. 242 bind. Berlin: Pauli, 1773-1858.
- LaCasce, Steward. "Swift on Medical Extremism." *Journal of the History of Ideas* 31, no. 4 (1970): 599-606.
- Laqueur, Thomas. *Making sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1990.
- Larsen, Øivind. "Eighteenth century Diseases, Diagnostic Trends, and Mortality." 1979.
- . *Olaus Magnus og skjørbuken: en litteraturstudie*. København, 1963.

- Larsen, Øivind, Anne Sofie Frøyskov Larsen og Bent Olav Olsen. *Norges leger*. 5 bind. Oslo: Den norske lægeforening, 1996.
- Latour, Bruno. *Pandora's Hope: Essays on the Reality of Science Studies*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1999.
- . "The Promise of Constructivism." I: Don Ihde og Evan Selinger (red.), *Chasing Technoscience: Matrix for Materiality*, s. 27–46. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 2003.
- . *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society*. Milton Keynes: Open University Press, 1987.
- . *Vi har aldri vært moderne: essay i symmetrisk antropologi*. Oslo: Spartacus, 1996.
- Laudan, Rachel. "Birth of the Modern Diet." *Scientific American* 238 (2000): 62–67.
- Lawrence, Susan C. *Charitable Knowledge: Hospital Pupils and Practitioners in Eighteenth-Century London*. Cambridge/New York: Cambridge University Press, 1996.
- Leche, V. *Nordisk familjebok: Uggleupplagan*. Stockholm: Nordisk familjeboks förlag, 1904–1926.
- Leich, Hermann. "Franciscus Sylvius' Lehre von den Schärffen." Doktoravhandling, Universität Tübingen, 1993.
- Lie, Roar. *Bønder og embedsmenn mot sentralstyringsverket: ekstraskatten på Agder 1762–1766*. Oslo: R. Lie, 1974.
- Lind, James, Herman Boerhaave og Gerard van Swieten. *Traité du scorbut: divisé en trois parties: contenant des recherches sur la nature, les causes & la curation de cette maladie: avec un tableau chronologique & critique de tout ce qui a paru sur ce sujet*. Paris: Chez Ganeau, 1756.
- Lind, James, C. P. Stewart og Douglas Guthrie. *Lind's Treatise on Scurvy*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1953 [1753].
- Linné, Carl von og Johann Christian Kerstens. *Genera morborum*. Uppsala, 1763.
- Lund, Johan Michael. *Forsøg til Beskrivelse over Øvre-Tellemarken i Norge*. Kiøbenhavn, 1785.
- Lundberg, Anna. *Care and Coercion: Medical Knowledge, Social Policy and Patients with Venereal Disease in Sweden 1785–1903*. Umeå: Umeå University, 1999.
- MacBride, David. *A methodical Introduction to the Theory and Practice of Physic*. London: W. Strahan, T. Cadell, 1772.
- Mangor, Christian Elovius. *Den ældgamle Normands, Christian Jacobsen Drakenbergs, Levnets-Beskrivelse: tilligemed den over ham holdte Liigprædigen og hans Portrait*. Viborg, 1774.
- . *Kort Underretning om Frugtsommeliges og Barselkoners Levemaade og Pleie*. 2. utg. Kiøbenhavn: Andreas Ritschkes Forlag, 1794.
- . *Underretning om Radesygens Kiendetegn, Aarsager og Helbredelse*. Kiøbenhavn: Johan Frederik Schultz, 1793.
- Mangor, Christian Elovius og Johan A. Darelius. *Et Land-Apothek, til danske Landmænds Nytte*. Kiøbenhavn: Heineck og Faber, 1767.
- Mangor, Christian Elovius og Johan Clemens Tode. *C.E. Mangors Land-Apothek til danske og norske Landmænds Nytte*. Kiøbenhavn: J.H. Schuboth, 1803 [1767].
- Mansa, Frederik Vilhelm. *Bidrag til Folkesygdommenes og Sundhedspleiens Historie i Danmark: fra de ældste Tider til Begyndelsen af det attende Aarhundrede*. Kjøbenhavn: Gyldendal, 1873.
- Markussen, Ingrid. *Til skaberens ære, statens tjeneste og vor egen nytte: pietistiske og kameralistiske idéer bag fremvæksten af en offentlig skole i landdistrikterne i 1700-tallet*. Odense: Odense Universitetsforlag, 1995.

- Martin, Julian. "Sauvages's Nosology: Medical Enlightenment in Montpellier." I: Roger French og Andrew Cunningham (red.), *The Medical Enlightenment of the Eighteenth Century*, s. 111-38. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Martins, M. D., M. P. Russo, J. B. D. Lemos, K. P. S. Fernandes, S. K. Bussadori, C. T. Correa og M. A. T. Martins. "Orofacial lesions in treated southeast Brazilian leprosy patients: a cross-sectional study." *Oral diseases* 13, no. 3: 270-73(4).
- Matthiessen, Jens. *Anviisning til at kiende og helbrede Radesygen*. København, 1796.
- McAllister, Marie. "Stories of the Origin of Syphilis in Eighteenth-Century England: Science, Myth and Prejudice." *Eighteenth Century Life* 24 (2000): 22-44.
- McNeill, William Hardy. *Plagues and Peoples*. Garden City, New York: Anchor Press, 1976.
- McVaugh, Michael. *Medicine before the Plague: Practitioners and their Patients in the Crown of Aragon, 1285-1345*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- Mellemgaard, Signe. *Kroppens natur: sundhedsopplysning og naturidealer i 250 år, Etnologiske studier*. København: Museum Tusculaneums Forlag, 1998.
- Mol, Annemarie. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press, 2002.
- Montesquieu, M de. *The Spirit of the Laws*. Oversatt av Thomas Nugent. London: J. Nourse, 1777 [1748].
- Morton, R.S. "The Sibbens of Scotland." *Medical History* 11, no. 4 (1967): 374-80.
- Moseng, Ole Georg. *Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850*. Bind 1 i Aina Schiøtz (red.), *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- . *Byen i emning*. Bind 1 i *Porsgrunns historie* Porsgrunn: Porsgrunn kommune, 2006.
- . "Den flyktige pesten: vilkårene for epidemier i Norge i seinmiddelalder og tidlig nytid." Doktoravhandling, Universitetet i Oslo, 2006.
- Most, Georg Friedrich. *Ausführliche Encyklopädie der gesammten Staatsarzneikunde*. Leipzig: F.A. Brockhaus, 1838.
- Mumsen, Jacob. *Tagebuch einer Reise nach dem sydlichen Theil von Norwegen im Sommer 1788: ein Manuscript fyr die Freunde*. Hamburg, 1789.
- Munk, Hans. "Nachricht, wie sich die Radesyge in dem Krankenhause zu Stavanger in Norwegen im Jahr 1799 gezeigt, und wie sie behandelt worden." *Medicinchirurgische Journal* 5, no. 1 (1800): 62-83.
- . "Om Bratsberg Amts Sygehus i de siste forløbne 12 Aar." *Eyr* 6 (1831): 1-16.
- . "Om den norrska radesygen." *Kgl Vetenskaps Academiens Handlingar* 66 (1815): 1-30.
- Mülertz, Johan Carl. *Bidrag til Oplysning om Radesygens Natur og bedste Lægemaade*. København: P.M. Liunge, 1799.
- Myrvoll, Tom, Yngve Nedrebø, Lorentz M. Irgens og Sigurd Sandmo. *Leptra*. Førde: Selja 2006.
- Møller-Christensen, Vilhelm. *Bogen om Æbelholt kloster*. København: Dansk Videnskabs Forlag, 1958.
- . *Bone Changes in Leprosy*. Copenhagen: Munksgaard, 1961.
- Møller, Johannes. *Forsøg i det som angaaer det Norske Folks Sundhed*. Bd. 1:8, *Nye Samling af det Kongelige Norske Videnskabers Selskabs Skrifter*. København: Christian Gottlob Prost, 1784.
- . "Schreiben des seeligen Doctors und Landphysikus Möller zu Porsgrund bey Scheen in Norwegen, vom 29. aug. 1787." *Medicinchirurgisches Journal* 5, no. 1 (1800): 45-61.
- Neuburger, Max. *Die Lehre von der Heilkraft der Natur im Wandel der Zeiten*. Stuttgart: Enke, 1926.

- . "An historical survey of the concept of nature from a medical viewpoint." *Isis* 35, no. 1 (1944): 16-28.
- Nicholson, Malcolm. "The Metastatic Theory of Pathogenesis and the Professional Interests of the Eighteenth-Century Physician." *Medical History* 32 (1988): 277-300.
- Niebyl, Peter H. "The Non-Naturals." *Bulletin of the History of Medicine* 45 (1971): 486-92.
- Nielsen, Niels Kayser. *Krop og oplysning - om kropskultur i Danmark 1780-1900*. Odense: Odense universitetsforlag, 1993.
- Niemel, PL, S Sadal og JJ van der Sluis. "Yaws in Suriname." *Reviews of Infectious Diseases* 7 (Suppl. 2) (1985): 273-5.
- Nutton, Vivian. "The Seeds of Disease: An Explanation of Contagion and Infection from the Greeks to the Renaissance." *Medical History* 27 (1983): 1-34.
- Olaisen, Johan. *Volda folkebibliotek 1797-1900: lokal kulturhistorisk sammenheng, organisasjon, økonomi, bokbestand og utlån*. Trondheim: J.L. Olaisen, 1978.
- Olsen, Torbjørn. "Den rada Syge': radesykens bekjempelse i Selbu 1770-1885." Hovedoppgave, Universitetet i Trondheim, 1989.
- Oriel, John David. *The Scars of Venus: a History of Venereology*. London: Springer-Verlag, 1994.
- Paul, Hermann *Deutsches Wörterbuch*. Tübingen, 1992
- Peter, Jean Pierre "Kranke und Krankheiten am Ende des 18. Jahrhunderts (aufgrund einer Untersuchung der Königlich-Medizinischen Gesellschaft 1774-94) " I: Arthur Imhof (red.), *Biologie des Menschen in der Geschichte. Beiträge zur Sozialgeschichte der Neuzeit aus Frankreich und Skandinavien*, s. 274-359. Stuttgart: Frommann, 1978.
- Petersen, Johan. *Den saa kaldede islandske Skiörbug: beskreven udi en kort Afhandling*. Gorøe: Jonas Lindgren, 1769.
- Petersen, Julius. *Om lægen Christian Johann Berger*. Kjøbenhavn, 1891.
- Pfefferkorn, Wilhelm Georg. *Ueber die norwegische Radesyge und Spedalskhed, als eine Probeschrift zur Erlangung der Doctorwürde*. Altona: Hammerich, 1797.
- Pharmacopoea Danica: regia auctoritate a Collegio Medico Hauniensi conscripta*. Hauniae: Apud Heineck & Faber, 1772.
- Plenck, Joseph Jacob. *Doctrina de morbis cutaneis*. Viennae: Apud Rudolphum Graeffer, 1776.
- Pontoppidan, Erik. *Det første Forsøg paa Norges naturlige Historie: forestillende dette Kongeriges Luft, Grund, Fielde*. Kjøbenhavn: Ludolph Henrich Lillie, 1752.
- Poovey, Mary. *Uneven Developments. The Ideological Work of Gender in Mid-Victorian England*. London, 1988.
- Porter, Roy. *Health for Sale: Quackery in England, 1660-1850*. Manchester: Manchester University Press, 1989.
- . "The patient's view: Doing medical history from below." *Theory and Society* 14, no. 2 (1985): 175-98.
- Probst, Christian. *Der Weg des ärztlichen Erkennens am Krankenbett Herman Boerhaave und die ältere Wiener medizinische Schule*. Wiesbaden: Steiner, 1972.
- Quétel, Claude. *History of Syphilis*. Cambridge: Polity Press, 1990.
- Ramstad, T. og L. Traaholt. "Destruction of the soft palate and nose by tertiary 'benign' syphilis. A case report." *J Oral Rehabil* 7 (1980): 111-5.
- Ramus, Jonas. *Norriges Beskrivelse: hvorudi Dette Riges Strekning, Beskaffenhed og Deeling udi visse Lehn, Biskopsdømmer, Provstier, Præstegield, Laugdømmer, Fogderier, Tinglaug &c. Saavel som Indbyggernes Tilstand og Næring, Tillige med Adskillige paa et eller andet Sted forefaldne Merkværdigheder samt forefundne Monumenter forestilles, og til Slutning er hosføjet en Fortegnelse paa Dyr, Fugle, Fiske, Træer og Urter som findes i Norrige*. Kjøbenhavn: H.R. Majsts og Univ.Bogtrykkerie, 1715.

- Rather, J.L. "The 'Six Things Non-Natural': A Note on the Origins and Fate of a Doctrine and a Phrase." *Clio Medica* 3 (1968): 337-47.
- Reichborn-Kjennerud, Ingjald. "Gamle Sygdomsnavne." *Maal og Minne* (1937): 35-42.
- . *Vår gamle trolldomsmedisin*. Oslo: Jacob Dybwad, 1928-48.
- Reichborn-Kjennerud, Ingjald, Isak Kobro og Fredrik Grøn. *Medisinens historie i Norge*. Oslo: Kildeforlaget, 1985.
- Riceour, Paul. *Time and Narrative*. Chicago: University of Chicago Press, 1984.
- . *Time and Narrative*. Chicago: University of Chicago Press, 1984.
- Riley, James C. *The Eighteenth-Century Campaign to Avoid Disease*. New York: St. Martin's Press, 1987.
- Ringard, Morten. *Flekkefjords historie*. Oslo: Cammermeyer, 1942.
- Riverius, Lazarus. *Opera Medica Universa*. Geneva, 1728 [1669].
- Roberts, Charlotte A. og Keith Manchester. *The Archaeology of Disease*. Ithaca: Cornell University Press, 2003.
- Rosen, George. "Cameralism and the Concept of Medical Police." *Bulletin of the History of Medicine* 27 (1953): 21-42.
- Rosenberg, Charles. "The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience." *The Milbank Quarterly* 80, no. 2 (2002): 237-60.
- Rosenberg, Charles E. *Explaining Epidemics and other Studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- Rousseau, G. S. *Enlightenment Borders: Pre- and Post-Modern Discourses: Medical, Scientific*. Manchester: Manchester University Press, 1991.
- Rousseau, Jean-Jacques. *Om ulikheten mellom menneskene: dens opprinnelse og grunnlag*. Oslo: Aschehoug, 1984 [1755].
- Rullmann, Guilielmus. "De ulcere radesyge." 1844.
- Rusnock, Andrea Alice. *Vital Accounts: Quantifying Health and Population in Eighteenth-Century England and France*. Cambridge (U.K); New York: Cambridge University Press, 2002.
- Russett, Cynthia Eagle. *Sexual Science: the Victorian Construction of Womanhood*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1989.
- Rust, Johann Nep. *Theoretisch-praktisches Handbuch der Chirurgie: mit Einschluß der syphilitischen und Augen-Krankheiten, in alphabetischer Ordnung*. Bd. 14. Berlin: Enslin, 1830.
- Rädlein, Johann. *Europäischer Sprach-Schatz oder Wörterbuch der vornehmsten Sprachen in Europa*. 3 bind. Leipzig, 1711.
- Røgeberg, Kristin M. og Margit Løyland. *Norge i 1743: innberetninger som svar på 43 spørsmål fra Danske Kanselli*. Oslo: Solum, 2003-.
- Sagar, Johannes Baptista Michaeli. *Systema morborum symptomaticum, secundum classes, ordines et genera*. Wien: Johann Paul Kraus, 1771.
- Salmon, William, Thomas Sydenham og P. O. X. French. *A New Method of Curing the French Pox*. London, 1690.
- Sammandrag af berättelser ifrån läkarne i hela riket om veneriska sjukdomen, dess förändringar och urarter*. Stockholm: A. Gadelius, 1813.
- Sandmo, Erling. *Tingets tenkemåter: kriminalitet og rettssaker i Rendalen 1763-97*. Oslo: Tingbokprosjektet/Universitetet i Oslo, 1992.
- Sandmo, Sigurd. *Ingeborg Gryttens kors: en presentasjon av Ingeborg Gryttens salmebok Kaars-Frugt (1713) med vekt på bruken av barokke konvensjoner, særlig bruken av konvensjonelle lepramotiver*. Bergen: Universitetet i Bergen, 1998.
- Schleiner, Winfried. "Infection and Cure through Women: Renaissance Constructions of Syphilis." *Journal of Medieval and Renaissance Studies* 24 (1994): 449-517.

- Schneider, Wolfgang. *Lexikon zur Arzneimittelgeschichte: Sachwörterbuch zur Geschichte der pharmazeutischen Botanik, Chemie, Mineralogie, Pharmakologie, Zoologie*. Bd. II. Frankfurt: Govi-Verlag, 1968.
- Schaanning, Espen. "Fortiden i våre hender: Foucault som vitenshåndtør." Doktoravhandling, Universitetet i Oslo, 2000.
- . *Vitenskap som skapt viten: Foucault og historisk praksis*. Oslo: Spartacus, 1997.
- Seip, Anne-Lise. *Sosialhjelpstaten blir til: norsk sosialpolitikk 1740-1920*. 2. utg. Oslo: Gyldendal, 1994.
- Shail, Andrew og Gillian Howie. *Menstruation: a Cultural History*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005.
- Shapin, Steven. *A Social History of Truth: Civility and Science in Seventeenth-Century England*. Chicago: University of Chicago Press, 1994.
- Shapin, Steven og Simon Schaffer. *Leviathan and the Air-pump: Hobbes, Boyle, and the Experimental Life*. Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1985.
- Siena, Kevin Patrick. "Pollution, Promiscuity and the Pox: Venereal Disease in London Hospitals 1600-1800." University of Toronto, 2001.
- . *Venereal Disease, Hospitals, and the Urban Poor: London's "foul wards", 1600-1800*. Rochester, NY: University of Rochester Press, 2004.
- Skålevåg, Svein Atle. *Fra normalitetens historie: sinnssykdom 1870-1920*. Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, 2003.
- Slyngstad, Marit. *Ulydighet og straff: intensjoner og praksis i statsmaktens bekjempelse av fattigdomsproblemet: en undersøkelse med utgangspunkt i tukthusforordningen av 2. desember 1741 og de innsatte lemmer ved Christiania tukthus i perioden 1741-63*. Oslo: Tingbokprosjektet, 1994.
- Smith, Henrik og Anna-Elisabeth Brade. *Henrik Smiths Lægebog: 1-6*. København, 1976.
- Smith, Wesley D. *The Hippocratic Tradition, Cornell publications in the history of science*. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 1979.
- Sogner, Sølvi. *Folkevekst og flytting: en historisk-demografisk studie i 1700-årenes Øst-Norge*. Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
- Spang, Rebecca L. *The Invention of the Restaurant: Paris and Modern Gastronomic Culture*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2000.
- Spongberg, Mary. *Feminizing Veneral Disease: the Body of the Prostitute in Nineteenth Century Medical Discourse*. Basingstoke: Macmillan, 1997.
- Sprakel, Henrichs. "De morbo qui dicitur radesyge." Halle-Wittenberg, 1864.
- Sprauten, Knut. *Byen ved festningen*. Bind 2 i *Oslo bys historie*. Oslo: Cappelen, 1992.
- Stafford, Barbara Maria. *Body Criticism: Imaging the Unseen in Enlightenment Art and Medicine*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1991.
- Starobinski, Jean. *Montaigne in Motion*. Chicago: University of Chicago Press, 1985 [1982].
- Steen, Sverre. *Kristiansands historie*. Oslo: Grøndahl, 1941.
- Steffens, Henrich. *Hvad jeg oplevede: nedskrevet efter Hukommelsen*. Kjøbenhavn: Steen, 1840.
- Steidel, Bodo. "De natura radesyges: dissertatio inauguralis." [s.n.], 1851.
- Stein, Claudia. *Die Behandlung der Franzosenkrankheit in der frühen Neuzeit am Beispiel Augsburgs*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2003.
- Stemerding, Dirk. "How to Make Oneself Nature's Spokesman? A Latourian Account of Classification in Eighteenth- and Early Nineteenth-Century Natural History." *Biology and Philosophy* 8, no. 2 (1993): 193-223.
- Stettler, Antoinette. "Zeichen lesen und Zeichen deuten. Zur Geschichte der Medizin." *Gesnerus* 44, no. 1-2 (1987): 33-54.

- Strand, Randi Kristin. *Organisering av omsorg for spedalske under eneveldet: Reknes hospital 1708-1794*. Trondheim: Universitetet i Trondheim, 1997.
- Strandjord, Roald. "Paa dette Skib hadde det været en Deel rygge-løst Mandskab... Om radesyken og radesykehuset i Stavanger." I: JA Balto (red.), *Fortidsminneforeningens årbok*, s. 77-82. Oslo: Foreningen til norske fortidsminnesmerkers bevaring, 2000.
- Strathern, Marilyn. *Partial Connections*. Savage, Md.: Rowman & Littlefield Publishers, 1991.
- Struve, Ludwig August. *Ueber die aussatzartige Krankheit Holsteins, allgemein daselbst die Marschkrankheit genannt. Ein Beytrag zur Kenntniss der pseudosyphilitischen Uebel*. Altona: Joh.Friedr.Hammerich, 1820.
- Strøm, Hans. *Anmærkninger til Oplysning om den ved Søekysterne i Norge gængse Spedalskhed, Nye Samling af det Kongelige Norske Videnskabers Selskabs Skrifter*. København: Christian Gottlob Prost, 1784.
- . *Kort Underviisning om de paa Landet, i Bergens Stift, meest grasserende Sygdomme, og derimod tienende Hjelpe-Midler*. Bergen, 1778.
- . *Physisk og oekonomisk Beskrivelse over Fogderiet Søndmør, beliggende i Bergens Stift i Norge: oplyst med Landkort og Kobberstykker*. Sorøe/Kiøbenhavn: Jonas Lindgren, 1762.
- Störck, A. *Libellus, quo demonstratur; cicutam non solum usu interno tutissimi exhireri, [...] curatu impossibiles dicebantur*. Wien: J.T. Trattner, 1761.
- Størmer, Fredrik C. "Muggsoppgiftenes betydning for folkehelsen - før og nå." *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 113 (1993): 1061-3.
- . "Radesyken i Norge - var muggsoppgifter involvert." *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 124 (2004): 979.
- Sydenham, Thomas og John Pechey. *The Whole Works of that Excellent Practical Physician Dr. Thomas Sydenham wherein not only the History and Cures of Acute Diseases are treated of, after a New and Accurate Method: but also the Shortest and Safest Way of Curing most Chronical Diseases*. London: Richard Wellington, 1696.
- Sørensen, Øystein. *Kampen om Norges sjel 1770-1905*. Bind 3 i *Norsk Idehistorie*. Oslo: Aschehoug, 2001.
- (red.), *Jakten på det norske: perspektiver på utviklingen av en norsk nasjonal identitet på 1800-tallet*. 2. ed. Oslo: Gyldendal (Ad notam) 2001.
- Temkin, Owsei. *The double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1977.
- . *The Falling Sickness: a History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1945.
- . "An Historical Analysis of the Concept of Infection." I: *Studies in Intellectual History*, s. 123-60: The Johns Hopkins Press, 1953.
- Thurmann, L. *Samling af Love, Forordninger, kongelige Rescripter og Resolutioner, Placater, Reglementer, Instruxer, Fundatser og andre offentlige Aktstykker vedkommende Læger, Apothekere, Dyrlæger og Gjordemødre i Kongeriget Norge*. Christiania, 1851.
- Thyresson, Nils. *Från Fransoser till AIDS: kapitel ur de veneriska sjukdomarnas historia i Sverige*. Stockholm: Carlsson, 1991.
- Tissot, Samuel Auguste David. *Underretning for Landmanden, angaaende Sundheden*. København: Fridrich Christian Pelt, 1770.
- Tode, Johan Clemens. *Der unterhaltende Arzt über Gesundheitspflege. Schönheit, Medicinalwesen, Religion und Sitten*. Bd. 1-4. København, 1785-89.
- . *Nöthige Erinnerungen für Aerzte und Kranke, die den Tripper heilen wollen*. Kopenhagen: Joh. Gottlob Rothenschen, 1777.

- . *Vom Tripper, in Ansehung seiner Natur und Geschichte*. Kopenhagen und Leipzig: Heineck und Faber, 1774.
- Treacher, Andrew og Peter Wright. *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1982.
- Troels-Lund, Troels. *Sundhedsbegreber i Norden i det 16 aarhundrede*. København: Schuboeske forlag, 1900.
- Turner, Daniel. *De morbis cutaneis. A treatise of diseases incident to the skin, in two parts, with a short appendix*. London, 1714.
- Tønnessen, Johannes. *Porsgrunns historie 1. Fra lasteplass til kjøpstad 1576-1807*. Porsgrunn: Porsgrunn kommune, 1956.
- Utheim, John. *Oversigt over det norske civile Lægevæsens historiske Udvikling og nuværende Ordning, Bilag 2 til den kongelige Lægekommisjons Indstilling*. Oslo: Johannes Bjørnstads Bogtrykkeri, 1901.
- Vallgård, Signild. *Sjukhus och fattigpolitik: et bidrag til de danska sjukhusens historia 1750-1880*. København: Fadl, 1985.
- van der Hagen, Carl Birger. "Belys med et eller flere eksempler de medisinske og administrative forhold ved norske sykehus i det 18de eller 19de århundrede." Medaljeoppgave, Universitetet i Oslo, 1964.
- Veyne, Paul. "Foucault révolutionne l'histoire." I: *Comment on écrit l'histoire*, s. 203-42. Paris: Éditions du Seuil, 1978 [1971].
- Vogel, Rudolph Augustin. *Definitiones generum morborum*. Göttingen: Schulz, 1764.
- Wajcman, Judy og Donald MacKenzie. *The Social Shaping of Technology*. Milton Keynes: Open University Press, 1985.
- Warner, John Harley. *The Therapeutic Perspective: Medical Practice, Knowledge, and Identity in America, 1820-1885*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1986.
- Wessel Berg, Frederik August. *Kongelige Rescripter, Resolutioner og Collegial-Breve for Norge: i Tidsrummet 1660-1813*. Christiania: Cappelen, 1841.
- Widy-Wirski, R. "Surveillance and control of resurgent yaws in the African region." *Reviews of Infectious Diseases* 7 (suppl. 2 (1985): 227-32.
- Wild, Wayne. *Medicine-by-Post: the Changing Voice of Illness in Eighteenth-Century British Consultation Letters and Literature*. Amsterdam: Rodopi, 2006.
- Willan, Robert. *Description and Treatment of Cutaneous Diseases*. London: J.J. Johnson, 1798.
- Wille, Hans Jacob. *Beskrivelse over Sillejords Præstegjeld i øvre Tellemarken i Norge tilligemed et geographisk Chart over samme*, 1786.
- Willemoes, Fredrik Wilhelm. "Afhandling om den i Skotland herskende Sibbens." *Bibliothek for læger* 2 (1810): 25-42.
- Wilse, J. N. *Physisk, oeconomisk og statistisk Beskrivelse over Spydeberg Præstegjeld og Egn i Aggershuus-Stift udi Norge, og i Anledning deraf adskillige Afhandlinger og Anmerkninger deels Norge i Almindelighed, deels dens Østre-Kant i Særdeleshed vedkommende, med nødvendige Kobbere og Bilager, efter 10 Aars egne Undersøgninger*. Christiania, 1779.
- . *Reise-Iagttagelser i nogle af de nordiske Lande: med Hensigt til Folkenes og Landenes Kundskab: først udgivne paa tysk i det Bernouilliske Verk*. København: C. Poulsens Forlag, 1790.
- Wilson, Adrian. "On the History of Disease-Concepts: The Case of Pleurisy." *History of Science* 38 (2000): 271-319.
- Winge, Paul. *Den norske sindssygeret: historisk fremstillet*. Kristiania: Dybwad, 1913.
- Zahra, A. "Yaws in South-East Asia: An Overview." *Reviews of Infectious Diseases* 7 (Suppl. 2) (1985): 245-50.

Æskulap, eller Lægen i Venus Tempel: en Nød- og Hielpobog for Glædespiger og deres Kunder. Kiøbenhavn: J.M. Stadthagens Forlag 1799.

Aase, Monica. "Vitenskap og Nasjonsbygging. Det Kongelige Norske Videnskabers Selskab i Trondheim på 1700-tallet." *Til opplysning*, no. 13 (2003).

Aasen, Ivar. *Norsk Ordbog: med dansk Forklaring.* Christiania: Mallings Boghandel, 1873 [1850].

Errataliste

- s. 117, n. 326: {Eich, 1986 #106} endret til Eich, *Medizinische Semiotik*.
- s. 123, 9.linje: Deegen rettet til Mangor
- s. 147: Henvisning til Elias ført til.
- s. 191, 3. linje nedenfra: Slettet sitatet ""Pigerne skulle betænke, at for nogle faa Skilling faae de ofte saa afskyelig en Sygdom.""
- s. 227, 4. linje: Setningen som begynner med: "det ble opprettet disktriktskirurgikater og amtskirurgikater" flyttet ned til 9. linje nedenfra, og gjentagelsen slettet.
- s. 246, n. 600: {Wilse, 1779 #332} endret til Wilse, *Physisk, oeconomisk og statistisk Beskrivelse over Spydeberg Præstegield*,
- s. 774: 1939 erstattet med 1839.